

Année 1900

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 8 février 1900, à 3 heures

PAR

ALBERT LAQUERRIÈRE

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LE

TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS

PAR LA MÉTHODE D'APOSTOLI

ET EN PARTICULIER

SUR SES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
 { REMY et THIÉRY, agrégés.

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET C^o

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1900

201



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 8 février 1900, à 3 heures

PAR

ALBERT LAQUERRIÈRE

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LE

TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS

PAR LA MÉTHODE D'APOSTOLI

ET EN PARTICULIER

SUR SES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
 { REMY et THIÉRY, agrégés.



PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET C^o

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ HUTINEL.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale....	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BRISAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses....	{ TERRIER.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIÉRY.
ALBARRAN.	DUPRE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURÉ.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GILLES de la TOURETTE.	MÉNÉTRIER.	VARNIER.
BROCA (André).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SÉBILEAU.	WIDAL.
DELBET (Pierre).	LEGUEU.	TESSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BERGER

A mon père, le vétérinaire LAQUERRIÈRE.

A mon maître, le Docteur Georges APOSTOLI.

Permettez-moi d'associer vos deux noms au seuil de cette thèse inaugurale, comme ils sont associés au début des recherches sur l'« Action de l'électricité sur les microbes ».

Je voudrais que cette dédicace vous fût un témoignage de mon admiration — plus peut-être encore que pour vos travaux — pour vos existences, si semblables l'une à l'autre, toutes de labeur et d'abnégation.

ALBERT LAQUERRIÈRE.

Paris, 5 février 1900

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR LUCIEN CARLET

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LE TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS

PAR LA MÉTHODE D'APOSTOLI

ET EN PARTICULIER

SUR SES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

La thèse de notre oncle, le D^r Lucien Carlet, publiée en 1884, était le premier mémoire complet au sujet de la méthode du traitement des fibromes utérins par les galvano-caustiques (méthode d'Apostoli).

Nous avons cru intéressant de reprendre le même travail à quinze ans d'intervalle.

D'une part, bien que la méthode d'Apostoli n'ait pas subi depuis lors des modifications sérieuses, et que les conclusions premières, formulées par son auteur, restent tout entières après cette longue période d'expérimentation, il y a eu du moins quelques retouches de détail, établies pour augmenter son efficacité et faire disparaître les quelques dangers qu'elle pouvait présenter au début.

D'autre part, les méthodes chirurgicales ont fait des progrès considérables et il importe d'établir devant la faveur croissante des interventions sanglantes la place que mérite d'occuper encore un procédé conservateur.

Enfin, un point était forcément resté obscur dans la thèse Carlet : la durée des résultats. La thèse de M^{lle} Jacobowska, publiée en 1890, est un document intéressant sur ce sujet ; mais nous croyons qu'après elle tout n'était pas dit et qu'il fallait reprendre la question avec un plus grand nombre d'observations et après un laps de temps plus considérable.

C'est à ces trois points de vue que nous avons fait la présente étude, que nous étions mieux à même que personne d'entreprendre, étant assistant de la Clinique du D^r Apostoli depuis cinq années.

Dans la *première partie* nous donnerons fidèlement et d'après notre pratique journalière l'exposé de ce qu'est à l'heure actuelle le traitement qu'Apostoli emploie contre le fibrome.

Dans la *deuxième* nous étudierons quel rang ce procédé doit occuper dans la thérapeutique.

Dans la *troisième* enfin nous exposerons tous les renseignements complémentaires que nous aurons pu nous procurer sur la santé ultérieure des 94 premières malades soignées par la nouvelle méthode, observations publiées toutes sans exception dans la thèse Carlet.

PREMIÈRE PARTIE

EXPOSÉ DE LA MÉTHODE

La méthode d'Apostoli pour le traitement du fibrome utérin, application spéciale de la méthode galvanique préconisée par le même auteur dans diverses affections génitales de la femme, consiste essentiellement à porter dans l'utérus même (cavité utérine ou parenchyme) des intensités électriques aussi hautes que possible sans cesser d'être tolérables. Elle a donc pour caractéristiques principales son siège et son dosage, tandis qu'elle se propose comme but l'utilisation de toutes les actions du courant galvanique : actions polaires (caustiques) et actions interpolaires (trophiques).

Nous allons exposer les détails de cette méthode et pour cela passer en revue :

- 1° Ses instruments;
 - 2° Son manuel opératoire;
 - 3° Sa posologie;
 - 4° Ses effets physiologiques;
 - 5° Ses divers procédés;
 - 6° Ses résultats.
-

CHAPITRE I

OUTILLAGE ÉLECTRIQUE

L'instrumentation nécessaire pour l'application du procédé d'Apostoli aux fibromes utérins doit comprendre : 1° *une source de*

courant continu; 2° le galvanomètre; 3° l'électrode externe; 4° les électrodes internes ou actives.

1° SOURCE DE COURANT CONTINU.

Le courant devra être fourni soit par des piles, soit par des accumulateurs.

D'une façon générale, étant donné le peu de résistance que le dispositif employé permet de rencontrer dans ces sortes d'applications, il sera bon de ne pas employer directement les courants industriels (les secteurs à courant continu pour la lumière, par exemple) qui sont sujets à de petites oscillations, sans importance pour leurs usages habituels, mais pouvant devenir gênantes au point de vue médical.

Nous devons dire cependant, et quoique cette pratique nous semble défectueuse, que nous avons visité, à Paris même, des installations d'électrothérapie gynécologiques branchées, avec interposition de résistances considérables d'ailleurs, sur la canalisation urbaine. Pour notre part, nous croyons de beaucoup préférable de se servir des courants industriels seulement pour charger des accumulateurs afin d'être à l'abri de variations brusques de voltage qu'il faut toujours éviter.

Les piles et les accumulateurs peuvent être de modèles variables :

Pour les piles, le point important est de pouvoir s'en servir assez longtemps avec des intensités de 100 à 250 m.A. Cette condition n'est facilement réalisable qu'avec des batteries à poste fixe, dans lesquelles on peut employer des couples de grande surface ; Apostoli se sert de batteries de 36 éléments au *chlorhydrate d'ammoniaque*.

Toutefois, pour faire des applications au domicile des malades, il utilise de petits éléments au *bisulfate de mercure*, très facilement transportables. Bien que ces derniers aient l'inconvénient, à cause de leur petite taille, de ne pouvoir servir longtemps, ils s'usent relativement peu, l'immersion facultative des zincs et des charbons permettant de suspendre tout travail chimique dès que la pile n'est pas en service.

Quant aux accumulateurs, leur surface et leur poids pourront varier selon la facilité plus ou moins grande que l'on aura pour les recharger. La seule chose importante est que la batterie présente un voltage suffisant : en pratique 60 à 80 volts sont nécessaires. La clinique d'Apostoli est alimentée par une batterie de petits accumulateurs, chargée par le courant de la ville et donnant 78 volts.

Également à cause de la faiblesse de la résistance dans les applications gynécologiques, il sera bon d'avoir à sa disposition un rhéostat (ou un réducteur de potentiel) permettant de débiter le courant progressivement et sans aucune secousse. Tout rhéostat, quel que soit son modèle, est utilisable, pourvu qu'il fonctionne bien et ne soit pas trop fragile. Si l'on était obligé de se servir d'un collecteur, celui-ci devrait obligatoirement être construit de façon à n'introduire dans le circuit qu'un seul élément à la fois, les changements d'état produits par l'introduction simultanée de deux ou trois éléments occasionnant des augmentations brusques et assez considérables de l'intensité, augmentations qui peuvent dans certains cas être très pénibles pour la patiente.

2° GALVANOMÈTRE.

Il est de toute nécessité de posséder un galvanomètre suffisamment sensible et mesurant des intensités s'élevant jusqu'à 250 m. A. ; les modèles apériodiques sont de beaucoup plus commodes que les autres parce qu'ils permettent de se rendre compte plus exactement et plus rapidement des intensités atteintes. Le plus souvent, on aura tout intérêt à posséder un galvanomètre muni d'un *shunt* permettant d'avoir à volonté une graduation sur 250 m.A. ou 25 m.A. ; l'instrument sera ainsi utilisable avec précision pour les hautes comme pour les faibles doses électriques.

L'usage du galvanomètre peut être regardé comme indispensable : son emploi est d'ailleurs généralisé et l'on peut considérer qu'il joue en électrothérapie le rôle de la balance en pharmacie. Il est bien certain qu'il mesure seulement l'énergie électrique débitée et non celle qui est utilisée dans la partie malade puisque le courant se diffuse à travers l'organisme ; mais c'est là un fait analogue à celui qui se produit pour tout médicament : nous savons quel poids de telle substance nous faisons ingérer à un malade, mais nous ignorons quelle quantité précise en est assimilée et quelle quantité contribue à l'effet thérapeutique.

Quant à l'ancien système de mesure par le nombre de couples employés, il est aujourd'hui abandonné de tous comme absolument illusoire : d'une part parce qu'avec le même nombre d'éléments, l'intensité varie selon une série de facteurs (résistance de la malade, surface ou humidité des électrodes, etc.), d'autre part parce que la force électro-motrice d'un élément n'est pas absolument constante et va en s'abaissant lorsque l'usure commence à se produire.

3° ÉLECTRODE EXTERNE OU INDIFFÉRENTE.

Pour rendre les hautes intensités tolérables et possibles sans brûlure de l'épiderme, il faut se servir d'une électrode cutanée de grande surface, se moulant exactement sur l'abdomen, suffisamment humide et suffisamment plastique et adhérente à la peau : de tous les modèles, celui qui répond le mieux à ces conditions est la galette de terre glaise imaginée par Apostoli presque dès le début (1882).

Voici le procédé employé pour la confectionner : de l'argile ordinaire, mais bien exempte de sable et soigneusement humectée, de façon, d'une part, à être plastique et à se mouler exactement sur la forme du ventre et, d'autre part, à se montrer suffisamment gluante pour bien adhérer à la peau, pénétrer ses pores et l'humidifier, est pétrie dans un cadre de bois de 1 c. et demi de hauteur sur 30 de long et 20 de large. Elle est enveloppée dans un morceau de tarlatane à larges mailles, puis retirée du cadre. On a alors une sorte de cataplasme qu'il ne reste plus qu'à munir à sa face supérieure d'une plaque métallique reliée à la pile par un fil, pour le transformer en une électrode cutanée presque parfaite.

Nous disons presque parfaite, car elle présente quelques inconvénients :

Elle a besoin d'être refaite tous les jours, si on ne prend pas soin de l'envelopper hermétiquement dans une feuille de caoutchouc ; car lorsqu'on la laisse à l'air elle se dessèche, et lorsqu'on la met tremper dans l'eau elle devient trop molle et trop diffuente.

Elle est désagréable pour les malades parce qu'elle est froide et salissante.

Enfin elle exige une certaine surveillance ; soit que la terre contienne des grains de sable, soit qu'il se forme dans l'argile qui commence à se dessécher de petites nodosités solides, la différence de résistance entre les points, où se trouvent ces corps étrangers, et la peau est la cause de brûlures épidermiques.

Pour remédier à ce dernier défaut, il suffit de passer avant chaque séance la main sur toute la surface de la terre pour s'assurer qu'elle ne présente aucune aspérité de consistance plus ferme que le reste de la masse, et d'y jeter de temps à autre quelques gouttes d'eau. Pour notre part, grâce à ces minimes précautions, il nous est arrivé de nous servir, pour ainsi dire sans arrêt, d'une même électrode durant plusieurs heures de suite sans avoir besoin de la pétrir à nouveau.

Dans le même but, on a proposé d'ajouter au mélange une légère proportion de glycérine pour éviter une évaporation trop rapide.

D'ailleurs malgré ces inconvénients, cette électrode est la seule, *quand elle est bien faite*, qui permette d'atteindre les hautes intensités du courant continu facilement et sans crainte d'escharification de la paroi abdominale.

On a préconisé divers procédés pour la remplacer; en réalité, si on ne doit pas atteindre de fortes doses (ne pas dépasser 50 m.A., par exemple), une serviette mouillée étendue sur le ventre de la patiente et sur laquelle est placée une plaque métallique, peut suffire; mais pour des intensités élevées, surtout chez les femmes à peau fine, aucun des modèles proposés jusqu'à présent ne s'est montré, dans des expériences comparatives, capable d'égaliser la terre glaise.

4° ÉLECTRODES INTERNES OU ACTIVES.

Ces électrodes seront de différents modèles selon le but qu'on se propose.

Le plus souvent on se sert de l'*hystéromètre en platine d'Apostoli*. Cet instrument est construit en métal inattaquable par les produits d'électrolyse, autrement : 1° il s'userait, se dépolirait et deviendrait rapidement inutilisable; 2° il absorberait à son profit une partie des ions ¹ mis en liberté; 3° il ne permettrait pas, à cause de la formation de sels pouvant être plus ou moins caustiques (dans le cas d'emploi du zinc par exemple), d'atteindre des intensités suffisantes pour obtenir les effets interpolaires recherchés.

Il se compose d'une tige de platine, droite, mais suffisamment malléable pour qu'on puisse lui imprimer une courbure donnée, glissant à l'intérieur d'un manche de matière isolante, afin que sa longueur puisse varier selon la profondeur de l'utérus. Un tube de celluloïde ou de caoutchouc durci, long de 10 centimètres, entoure

1. D'une façon générale, nous repoussons jusqu'à plus ample expérimentation l'emploi des électrodes utérines électrolysables dans les cas de fibrome. On a préconisé successivement l'emploi de différents métaux (en particulier M. Apostoli a usé tout à fait au début d'un hystéromètre en cuivre et M. Boisseau du Rocher s'est fait l'ardent propagateur de l'hystéromètre en argent). Mais jusqu'à présent personne n'a fait d'expérience comparative permettant d'établir la supériorité, dans telle forme d'endométrite particulière, d'un sel métallique sur un autre ou sur les simples produits d'électrolyse des tissus. Par contre, si la supériorité des électrodes solubles n'est pas démontrée quand il s'agit de modifier la muqueuse, il est bien certain que leur emploi est un obstacle à l'usage des Hautes Intensités, dont nous croyons l'influence trophique d'une utilité incontestable dans le traitement du fibrome.

sa partie comprise dans le vagin de façon à éviter toute cautérisation de la muqueuse de cette cavité.

Dans les cas où la cavité utérine est très spacieuse et ne peut être atteinte à la fois dans tous les points de sa circonférence par un hystéromètre de diamètre ordinaire, et dans les cas où l'on cherche à localiser en un espace restreint toute la densité du courant pour y obtenir un effet électrolytique plus intense, Apostoli se sert de cylindres de charbon de cornue de 0^m,025 de long, portés sur une tige métallique entourée d'une gaine isolante. Ces cylindres ont des diamètres variables, selon le N° de la série, de 3 à 20 millimètres. La tige, qui les supporte, présente des encoches séparées par des intervalles égaux à la longueur même du charbon. Après les avoir introduits jusqu'au fond de la cavité utérine, on peut donc, en se servant de ces encoches comme points de repaire, tirer à soi l'électrode et la ramener en arrière d'une longueur identique à celle de la portion de muqueuse qui vient d'être électrisée pour la mettre en contact avec le segment suivant.

Pour la galvano-puncture, Apostoli préconise à peu près exclusivement l'usage de trocars dont le dispositif est le suivant : une pointe en or (métal inattaquable, pour les mêmes raisons qui font user d'une électrode intra-utérine en platine), *isolée jusque tout près de son extrémité* qui, *seule, est dénudée*, termine une tige métallique pouvant s'adapter au manche de l'hystéromètre et qui est recouverte d'un tube isolant pour protéger le vagin; un renflement situé à un centimètre de la pointe empêche une introduction trop profonde de l'instrument.

Grâce à ce dispositif, le courant est porté directement dans le parenchyme même de l'utérus ou du fibrome par l'extrémité dénudée, mais le trajet de la ponction est indemne de toute action électrique.

Dans quelques cas rares (Hystérométrie par effraction) Apostoli se sert de trocars en acier; comme on recherche alors une perte de substance, ceux-ci présentent un calibre un peu plus élevé et l'emploi de l'acier est obligatoire, afin que la pointe soit suffisamment acérée pour faire pénétrer un trocart de la grosseur d'un hystéromètre ordinaire (les trocars en or au contraire, qui ne sont guère plus gros qu'une grosse épingle, pénètrent facilement malgré leur peu de résistance). D'ailleurs, pour assurer la destruction plus complète des tissus, on se sert du pôle négatif; aussi les inconvénients résultant de l'emploi d'un métal attaquable deviennent à peu près nuls. D'autre part, ces trocars d'acier ne doivent être isolés que dans leur partie vaginale, car toute leur portion qui est plongée

dans le parenchyme utérin est destinée à électrolyser les tissus, pour y produire une eschare qui empêchera la cicatrisation du trajet.

5° APPAREILS ÉLECTRIQUES DIVERS.

Pour retirer de la méthode électrique dans le traitement des fibromes tous les bénéfices qu'elle peut donner, le gynécologue fera bien d'avoir à sa disposition un appareil faradique muni de deux bobines : une à fil fin et une à gros fil. Bien que les applications de cet appareil ne fassent pas partie intégrante du procédé préconisé par Apostoli contre le fibrome, elles seront souvent un adjuvant utile dont l'usage ne sera pas à dédaigner.

Pour leur emploi les électrodes bipolaires d'Apostoli, vaginales ou intra-utérines, sont des plus commodes; nous n'entrerons d'ailleurs pas ici dans la description de ces instruments.

Ajoutons enfin que l'électrothérapeute possédant une installation complète se servira avec fruit des applications statiques contre les manifestations de nervosisme ou de neurasthénie si souvent liées aux affections génitales, et des séances de courants à Hautes Fréquences de d'Arsonval pour remédier à l'anémie causée par les hémorragies du fibrome.

CHAPITRE II

MANUEL OPÉRATOIRE

Les principales opérations usitées dans la méthode d'Apostoli sont :

1° La *galvano-caustique intra-utérine* (ou dans le langage courant *galvano-caustique* simplement); l'électrode dans ce cas est appliquée dans la cavité utérine elle-même;

2° La *galvano-puncture*, qui consiste à faire pénétrer le courant dans le sein même des tissus au moyen d'une électrode en forme de trocart.

I. — GALVANO-CAUSTIQUE INTRA-UTÉRINE.

A). **Soins préliminaires.** — Avant toute opération électrique le praticien devra vérifier l'intégrité de son outillage, et cela avec d'autant plus de soin qu'il sera moins familiarisé avec l'électrothérapie; le manque d'expérience ne lui permettant pas alors de remédier instantanément aux incidents qu'une imperfection instrumentale pourrait faire naître au cours de la séance.

Il constatera le bon fonctionnement de la source électrique; pour cela ou bien il débitera progressivement la totalité du courant en fermant le circuit sur une forte résistance, ou bien il placera chaque élément successivement en rapport avec le galvanomètre : il s'assurera dans les deux cas que l'aiguille de ce dernier appareil dévie et reste déviée durant tout le temps au passage du courant.

Il vérifiera également l'intégrité des fils destinés à amener le courant aux électrodes : il peut en effet arriver qu'au bout d'un certain temps d'usage la partie métallique de ces fils se rompe, tandis que leur enveloppe isolante reste intacte et maintient très rapprochés l'un de l'autre les deux tronçons du fil de cuivre; on comprend que dans ces conditions, au moindre mouvement, au plus léger balancement du rhéophore, ces deux tronçons se touchent et se séparent, produisant ainsi une série d'interruptions donnant lieu pour la malade à des secousses successives.

Il passera enfin la main sur la surface de la terre glaise afin d'être sûr de son état d'humidité et de l'absence de tout corps étranger.

Ces constatations faites, il procédera à une toilette soignée de ses mains. La condition la plus indispensable de l'opération est une *aseptie* parfaite. C'est là un point sur lequel on ne saurait trop insister, la plupart des prétendus dangers des méthodes électriques n'étant le plus souvent en réalité que les dangers inhérents à toute intervention intra-utérine. Aussi est-il nécessaire de procéder à un savonnage et à un brossage aussi sérieux que s'il s'agissait d'une opération chirurgicale.

Une asepsie aussi rigoureuse est de mise en ce qui concerne les instruments. La sonde en platine aura été flambée soigneusement, les autres instruments bouillis un temps suffisant, puis tous auront été placés dans un bain antiseptique à la portée de l'opérateur.

On commencera alors à s'occuper de la malade : elle sera placée dans la position classique dite position du spéculum, le siège débordant fortement le bord du lit, et devra avoir quitté suffisamment de ses vêtements (corset et pantalon) pour que le ventre soit entière-

ment à nu; dans le même but, elle aura dégraissé ses jupons, ce qui aura en même temps l'avantage de faciliter la respiration.

Il sera bon de la rassurer, car beaucoup de femmes ont une peur irréfléchie de l'électricité, qu'elles connaissent mal et à laquelle elles attribuent une puissance mystérieuse et redoutable. On lui expliquera que l'opération est inoffensive et ne doit pas être notablement douloureuse, qu'elle doit faire part de ses sensations et n'a qu'à parler pour éviter toute augmentation de l'intensité. On lui recommandera également de rester immobile quoi qu'il arrive; un mouvement, outre qu'il peut faire varier la résistance et occasionner des secousses, est capable, lorsque l'hystéromètre est dans l'utérus, de provoquer un traumatisme qu'il faut savoir éviter.

On placera rapidement la terre glaise sur la surface abdominale en évitant qu'elle recouvre les plis de l'aîne où la peau est très sensible, et les poils du pubis qui causeraient des inégalités de résistance. Il est préférable de débiter ainsi par la mise en place de l'électrode indifférente parce que d'une part la sensation brusque de froid qu'elle produit peut occasionner un mouvement involontaire qui plus tard, au moment par exemple où l'électrode active a pénétré dans la cavité utérine, ne serait pas toujours sans inconvénient et d'autre part parce que durant les manœuvres suivantes l'argile aura le temps de se mouler sur l'épiderme et de l'humidifier.

On étendra par-dessus une serviette sèche sur laquelle la malade appliquera les doigts écartés afin de bien faire adhérer la terre à l'abdomen.

Si la peau présentait quelque lésion (bouton, écorchure, etc.), on recouvrirait le point malade d'un corps isolant comme un morceau de papier ou une couche de collodion, pour éviter la formation d'une eschare et la sensation de brûlure qui se produiraient inévitablement à cet endroit.

Il est nécessaire de laver ensuite le vagin et la vulve avec un liquide antiseptique. Cette précaution est regardée par certains auteurs comme inutile à cause de l'action microbicide du courant; mais, en admettant même que deux précautions ne valent pas mieux qu'une, et si on s'abstenait d'injection avant de se servir du pôle positif, cette pratique serait encore recommandable pour les applications négatives dont le rôle antiseptique aux doses thérapeutiques est à peu près nul. Il est certain d'autre part qu'on ne peut avoir la prétention de réaliser, par un simple lavage, la stérilisation complète de la muqueuse vaginale; mais le point important est qu'un jet de liquide entraîne les produits libres et humecte les parois de la cavité d'une solution antiseptique pour éviter que l'hys-

téromètre ne recueille, en passant, dans son contact très court et très léger avec ces parois, des corps capables d'infecter l'utérus. En somme une injection préalable, sans être indispensable, est une bonne pratique à laquelle on fera bien de se conformer.

B). **Introduction de l'électrode active.** — Le temps le plus important et le plus difficile est l'introduction de l'électrode intra-utérine. Apostoli, d'accord d'ailleurs avec Tripier, repousse absolument l'usage du spéculum pour faire l'hystérométrie. Il a pour cela des raisons multiples :

D'abord cet instrument complique le manuel opératoire, puis il exige des conditions particulières d'éclairage qui ne sont pas toujours faciles à réaliser, surtout au domicile des malades. De plus il limite les mouvements de l'hystéromètre; il lui donne forcément la direction du canal vaginal, qui peut être très différente de celle de l'utérus; il distend les culs-de-sac vaginaux et enlève à l'utérus un certain degré de mobilité; il fait que les sensations fournies par l'hystéromètre ne sont appréciées qu'à distance; il exige souvent l'emploi d'une pince pour maintenir le col, celui-ci, durant l'introduction, est repoussé en arrière et a tendance à disparaître derrière les valves qui ne peuvent le suivre dans son ascension. Enfin, objection la plus sérieuse de toutes, il y a des cols, surtout dans les cas de fibrome, qui sont absolument inaccessibles au spéculum.

Si, au contraire, on a l'habitude de n'en pas faire usage, on supprime un temps opératoire, la mise en place du spéculum; on n'a pas à s'inquiéter de la lumière; l'hystéromètre peut être incliné dans tous les sens, sans autre limite que la limite de distension de l'anneau vulvaire; il peut être déplacé facilement suivant la direction de chacun des segments du canal utérin. Le doigt vaginal perçoit directement et de très près les sensations fournies par l'instrument. D'autre part, l'utérus librement mobile se redresse et se déplace pour s'adapter à l'instrument et faciliter ainsi une introduction plus profonde. Enfin si l'électrode, au lieu de pénétrer, repousse l'utérus, le doigt se rend compte de la nouvelle direction de l'organe et en même temps peut le suivre dans ses déplacements, et au besoin le redresser ou agir sur lui. En dernier lieu, il arrive souvent que l'index peut diriger un instrument là où le spéculum ne pourrait atteindre.

Pour toutes ces raisons, à la condition d'avoir une pratique suffisante, on pourra, en se servant seulement du doigt comme conducteur, opérer plus simplement, avec plus de douceur et de sûreté, et moins de douleur pour la malade.

Pour notre part, nous avons fait ou vu faire approximativement quelques milliers d'hystérométries. Une seule fois nous avons vu commettre une erreur : l'opérateur avait employé le spéculum dans un vagin très étroit et très profond ; les conditions d'éclairage étant défectueuses, il avait pris un replis de muqueuse pour l'orifice du col, quand la sensation douloureuse, éprouvée par la malade dès le passage du courant, lui fit reconnaître cette faute opératoire. Par contre nous avons traité par les galvano-caustiques intra-utérines un certain nombre de malades chez lesquelles, par suite de dispositions anatomiques (brides vaginales cicatricielles ; lobe de fibrome écrasant le col derrière la symphyse, etc.), il eût été absolument impossible de se servir d'un spéculum de quelque modèle qu'il fût.

Aussi, nous croyons préférable de recommander la technique suivante :

La tige de platine soit droite, soit recourbée préalablement selon les indications — car la courbure de l'hystéromètre ordinaire faite pour s'adapter à un utérus normal, n'a plus de raison d'être dans les cas pathologiques et en particulier dans les fibromes où l'on peut observer les déviations les plus diverses —, recouverte de son tube isolant, est fixée au manche de façon à ce qu'une longueur approximativement égale à celle de la cavité utérine reste dénudée. Puis le tube isolant est glissé en avant pour que, débordant l'extrémité de l'instrument durant son passage à travers le vagin, il le mette à l'abri d'une contamination par la muqueuse.

L'index de la main dont on est le plus habile est introduit et va à la recherche du col. Le long de ce doigt, l'hystéromètre est glissé, tenu par l'autre main et, une fois en contact avec l'orifice du museau de tanche, est poussé dans l'utérus. Le manchon isolant ayant un diamètre supérieur est arrêté par les bords de l'orifice tandis que la partie métallique pénètre seule.

Il faut introduire l'instrument avec lenteur et précaution, toute manœuvre brusque étant douloureuse et pouvant devenir dangereuse (déchirure de la muqueuse, création de fausses routes, rupture d'adhérences, etc.). On en modifiera la direction et l'inclinaison chaque fois que les sensations perçues en indiqueront la nécessité. On arrivera ainsi à faire une hystérométrie qui manquera peut-être parfois de maëstria, mais qui sera complète facilement et sans douleur.

On constate fréquemment que par suite de diverses circonstances, comme un spasme utérin, une atrésie ou une déviation,

l'instrument se trouve arrêté sans être parvenu au fond de la cavité, le plus généralement au niveau de l'orifice interne; le mieux dans ce cas est de faire passer le courant durant quelques instants à faible dose; souvent on franchira alors le rétrécissement. — Disons d'ailleurs immédiatement que l'influence sur le spasme utérin nous paraît indéniablement plus marquée avec le pôle *négatif* qu'avec le *positif*. — Si l'obstacle était considérable et ne pouvait être surmonté, on pratiquerait la séance avec une hystérométrie incomplète; presque toujours lors des séances suivantes, surtout si on fait usage du négatif, l'introduction deviendra de plus en plus facile et de plus en plus profonde.

C). **Opération.** — Une fois l'hystéromètre introduit et attaché au fil conducteur, on vérifie si le tube isolant est en contact avec le col et protège bien toute l'étendue du vagin; au besoin on déplace le manche le long de la tige afin de bien assurer ce contact, puis il ne reste plus qu'à faire passer le courant.

Il faut bien savoir qu'il y a deux douleurs que peut provoquer successivement chez une même malade la thérapeutique intra-utérine : d'abord la douleur *mécanique* due à l'introduction de l'électrode, douleur très variable suivant la direction du canal, l'état de la muqueuse, la perméabilité de l'orifice interne et en particulier suivant le nervosisme individuel de chaque sujet.

La seconde douleur, douleur *électrique*, est due au passage du courant et varie généralement proportionnellement à l'intensité débitée.

Le médecin devra être mis en garde pour ne pas confondre ces deux douleurs, pour savoir qu'elles peuvent se surajouter l'une à l'autre et pour pouvoir les atténuer ou les éviter. En voici le moyen :

L'hystérométrie, faite avec un instrument approprié, sera pratiquée, comme nous l'avons dit, avec toute la douceur possible; la lenteur de l'introduction variera selon la nature même des obstacles à franchir et la sensibilité accusée par la malade. En procédant ainsi on pourra atténuer telle douleur, supprimer même telle autre.

En tous cas, nous ne devons commencer l'opération électrique, c'est-à-dire le débit du courant, que lorsque toute douleur initiale provoquée par l'hystérométrie aura disparu. Il y a donc un temps d'arrêt plus ou moins long qui peut séparer le premier temps (introduction de l'électrode) du deuxième (électrisation).

Ici, une seconde obligation intervient : on ne doit appliquer qu'un *courant tolérable*. Pour arriver à ce résultat deux conditions sont obligatoires :

1° Faire l'application à dose lentement et progressivement croissante; élever l'intensité sans secousses, doucement et en mettant un certain nombre de secondes pour arriver au maximum cherché;

2° S'arrêter devant toute douleur trop vive intra-utérine et ne pas confondre cette douleur utérine avec celle que pourrait provoquer une faute opératoire (escharification de l'épiderme, brûlure du vagin).

Aussi on fera manœuvrer doucement la manette du collecteur ou le rhéostat. On arrivera ainsi, dans un premier stade, aux environs de 20 ou 30 m.A.

Le galvanomètre, placé bien en vue, indique l'intensité; tandis que la physionomie de la malade exprime les sensations qu'elle éprouve; il ne faut jamais négliger ces deux moyens de contrôle.

Comme à cette dose, à moins de conditions spéciales que nous étudierons plus loin, les malades ne souffrent pas, elles se sentent rassurées, et l'on peut ensuite s'élever à l'intensité désirée, intensité dont nous fixerons les limites dans le chapitre suivant. Mais le grand critérium de l'intensité est la tolérance de la malade; comme le dit Apostoli, *il faut ne jamais trop faire souffrir les patientes et ne leur imposer qu'une douleur tolérable.*

Il est bon de savoir qu'en dehors des cas d'intolérance que nous étudierons à part, les malades peuvent réagir différemment au passage du courant.

Dans quelques cas rares (spasme utérin) ce n'est qu'au moment où le courant commence que les coliques produites par l'introduction de la sonde se calment.

Parfois la patiente éprouve au début de la séance une cuisson intense sur toute la surface abdominale; si cette sensation n'est pas localisée en des points précis, elle ne provient pas de petites brûlures de l'épiderme, mais est due à ce que la peau n'est pas encore suffisamment humidifiée, et elle se calme très rapidement.

Enfin les hystériques peuvent présenter les phénomènes les plus divers et qui vont d'une insensibilité qui exigera un redoublement de précautions (la réaction douloureuse ne venant pas prévenir qu'on dépasse la dose nécessaire) jusqu'à l'intolérance la plus absolue, intolérance que manifestent des phénomènes soit locaux (douleur), soit généraux (crises de nerfs, larmes, mouvements spasmodiques, etc.).

Chez certains sujets, il y aura intérêt à user du petit artifice suivant : on élèvera durant quelques secondes l'intensité à un nombre de m.A. supérieur à la dose qu'on veut faire supporter, pour redescendre ensuite à cette dose. La sensation désagréable, pro-

duite par l'intensité prescrite, sera infiniment mieux tolérée : succédant à une impression plus pénible, elle semblera un soulagement, alors que ressentie d'emblée elle aurait paru beaucoup plus intense.

Quoi qu'il en soit, durant toute la séance, l'hystéromètre sera laissé en place et maintenu immobile : on le soutiendra plutôt qu'on ne le tiendra. On doit se borner à l'empêcher de sortir de la cavité et il faudra surtout se garder de le pousser en avant ; l'action électrolytique jointe à un effort continu pourrait amener des accidents, et sous cette influence, le bec de l'instrument, quoique mousse, serait capable, lorsque le tissu utérin est ramolli par un état pathologique, de produire soit une déchirure, soit une perforation.

Si la cavité paraît légèrement agrandie, on pourra appuyer légèrement l'instrument successivement en haut, en bas et sur les côtés de façon à ce que la plus grande partie de la muqueuse soit soumise à l'influence caustique et que l'opération ne se limite pas à une cautérisation linéaire de l'une des parois.

La séance terminée, on manœuvrera la manette (rhéostat ou collecteur), pour revenir en arrière, avec les mêmes précautions et la même lenteur qu'au début.

Lorsqu'on arrive au zéro, toute malade est avertie du moment de l'interruption du courant par une sensation variable qui peut aller jusqu'à une douleur plus ou moins marquée.

Il faut retirer la sonde avec la plus grande douceur : après les séances positives, surtout si l'utérus est étroit, il peut arriver que l'instrument adhère aux parois ; pour éviter d'arracher ou d'érailler la muqueuse, on le fera tourner très légèrement sur lui-même, ce qui suffira le plus souvent ; mais s'il paraissait rester cependant fixé, on ferait durant quelques instants une application négative à faible dose qui amènerait sûrement la libération de l'hystéromètre.

En dernier lieu, on enlèvera la plaque de terre glaise et on essuiera l'abdomen.

D). **Soins consécutifs.** — Pour que l'opération soit efficace et sans danger, on devra faire rigoureusement observer les principes suivants :

1° La femme se couchera après l'opération et restera étendue sur un lit ou une chaise longue au moins durant deux heures ;

2° Elle ne devra regagner son domicile que quand la réaction post-opératoire sera calmée ;

3° Durant la journée et le lendemain, elle doit éviter tout choc,

tout effort violent, tout excès de travail et, à plus forte raison, toute excitation sexuelle et tout coït. — Elle pourra d'ailleurs continuer ses occupations à la condition de ne pas se fatiguer.

Ces règles sont maintes fois violées; c'est ainsi que Thomas Keit (*British medical journal*, 14 février 1891) écrit : « Il n'y avait pas de place à l'intérieur pour que ces malades puissent se coucher. Elles s'habillaient donc et sortaient malgré le froid, sans qu'il en soit jamais résulté aucune conséquence fâcheuse. » Mais la pratique a démontré qu'après la galvano-caustique, comme après toute hystérométrie, il pouvait se produire des accidents dus à l'imprudence des malades; aussi faut-il exiger d'elles plutôt un surcroît de précautions.

Après la séance, la femme sera prévenue qu'elle éprouvera probablement quelques coliques utérines, soit immédiatement, soit dans la soirée; cette réaction, variable selon les sujets, paraît surtout due à l'hystérométrie, mais peut cependant être jusqu'à un certain point proportionnelle à l'intensité de la cautérisation. Elle sera également avertie qu'un écoulement sanguin se produit quelquefois soit le soir, soit le lendemain et qu'enfin, les jours suivants, surtout après les premières séances, elle constatera un écoulement séro-purulent occasionné par l'irritation de la muqueuse et l'élimination de la couche épithéliale superficielle.

E). **Electrodes en charbon.** — Lorsque, pour des raisons que nous étudierons plus loin, on se servira d'électrodes en charbon, l'opération différera peu de la précédente :

On choisira une électrode s'appliquant au diamètre de la cavité utérine et, au besoin, on en essayera successivement plusieurs; puis on introduira cette électrode suivant les principes et avec les mêmes soins que nous avons indiqués pour l'introduction de l'hystéromètre.

Seulement, le charbon glissant mal sur la muqueuse, il sera bon d'imprimer à l'instrument un léger mouvement de rotation sur lui-même — *mouvement de vrille*, — ce qui le fera pénétrer plus facilement.

L'électrode sera poussée jusqu'au fond de la cavité utérine et l'index vaginal laissé en place en contact avec une des encoches de la tige; puis le courant sera débité durant un certain temps. Il sera ensuite ramené au zéro et interrompu. On tirera alors à soi l'instrument jusqu'à ce que l'encoche suivante vienne au contact de l'index maintenu dans le vagin. On procédera à une nouvelle cautérisation et on continuera ainsi, faisant une série de séances successives jusqu'à ce que toute la longueur du canal ait été traitée.

Au cas où la cavité serait particulièrement grande, pour ne pas imposer une fatigue démesurée à la patiente, on ne ferait d'applications qu'à une moitié de l'utérus, renvoyant à un jour prochain la fin de l'opération.

II. — GALVANO-PUNCTURE.

Nous laisserons ici de côté la description de divers procédés de galvano-puncture, comme la cautérisation tubulaire de Tripiér pour l'évacuation vaginale des collections péri-utérines, et les galvano-punctures du col utérin contre l'hypertrophie de cet organe. Nous ne nous occuperons que de la galvano-puncture du fibrome selon la méthode d'Apostoli :

Cette opération doit toujours être pratiquée par le vagin, la possibilité d'infection ou de création de fistule devant faire rejeter la voie rectale ; tandis que la ponction à travers la paroi abdominale est d'une témérité sur laquelle il est inutile d'insister.

La galvano-puncture est en tout semblable à la galvano-caustique ; sauf en ce que l'hystéromètre est remplacé par un trocart de modèle variable selon le but qu'on se propose.

A). **Galvano-puncture proprement dite.** — On choisira le trocart en or, précédemment décrit. Après l'avoir soigneusement aseptisé, on le fixera sur le manche de façon à ce qu'il déborde le tube isolant d'une longueur de 1 centimètre seulement.

Cela fait, on recherchera avec l'index le *lieu de l'opération* :

1° Il faut toujours opérer sur une portion de l'utérus (muscle utérin ou fibrome) *faisant saillie dans le vagin*, pour ne pas risquer de se perdre dans les tissus péri-utérins ;

2° Il faut toujours opérer *dans le cul-de-sac postérieur*, les ponctions en d'autres points, en particulier dans le cul-de-sac antérieur, ayant amené parfois la perforation de la vessie ;

3° Il faut rechercher soigneusement un endroit où *les battements artériels soient absents* et où *il n'y ait pas de fluctuation* pour éviter d'ouvrir une veine ou une artère.

Le lieu de l'opération étant choisi, on introduit dans le vagin le manchon isolant et on l'applique bien exactement au point indiqué au moyen de l'index vaginal. Puis saisissant le trocart on le fait glisser à travers ce manchon qui sert de conducteur et d'un mouvement brusque on fait pénétrer sa pointe à travers la paroi vaginale dans le parenchyme utérin.

L'opération ainsi pratiquée est à peine sensible ; d'autre part, elle ne risque pas d'être trop profonde, le manchon de gutta-percha,

ou, si l'on avait oublié de régler l'instrument, le renflement que porte la tige, servant à en limiter l'étendue.

Pour le débit du courant, son intensité, son interruption, on procédera comme pour la galvano-caustique.

L'opération terminée, si on s'est servi du pôle négatif, le trocart est retiré facilement; si au contraire on a usé du positif, il sera bon de renverser le courant et de faire une application négative courte et légère, puis on ramènera l'instrument en arrière en lui imprimant un mouvement de rotation sur lui-même de façon à ne pas arracher les tissus qui pourraient y adhérer.

S'il se produisait une hémorragie, un tamponnement vaginal, ou une grande injection chaude en assurerait l'arrêt. Cette complication est d'ailleurs tout à fait exceptionnelle et la plupart du temps, grâce à la finesse du trocart, s'il coule du sang c'est en quantité insignifiante.

Après la séance, on fera bien, sans que toutefois cela soit indispensable, de laisser la malade alitée jusqu'au lendemain.

En tous cas, la galvano-puncture ainsi pratiquée est une opération qui, si elle exige une certaine habileté et un grand luxe de précautions, peut du moins être considérée, au point de vue de la gravité, comme insignifiante.

La pointe de l'instrument étant seule dénudée, le courant électrique s'écoule tout entier dans l'intimité même du tissu utérin; il n'y a donc pas, comme dans les anciens procédés, d'abord de cautérisation de tout le trajet de la ponction, cautérisation tubulaire longue à cicatriser et qui, en communication avec le vagin, présentait de grandes chances de suppuration, ni d'électrolyse de la muqueuse vaginale, ce qui était très douloureux pendant l'opération et occasionnait une plaie s'infectant facilement. Enfin le trocart étant très petit, presque filiforme, la petite solution de continuité résultant du seul passage de cet instrument est une simple piqûre, d'autant plus apte à se cicatriser par première intention que la muqueuse vaginale est le plus souvent légèrement mobile, et revient sur elle-même dès que le doigt ne la déprime plus; glissant alors dans un sens ou dans l'autre, elle obture la communication entre le trajet utérin et la cavité vaginale.

Nous sommes loin, on le voit, grâce aux perfectionnements apportés par Apostoli à sa technique première, des « suppurations interminables » dont parle Pozzi dans son traité, et des inconvénients qui font rejeter la galvano-puncture par un grand nombre de praticiens, parce qu'ils ignorent les modifications qu'a subies cette opération depuis la période de début.

Il est bien certain, d'ailleurs, qu'elle peut devenir des plus dangereuses si on ne met pas le plus grand soin à suivre rigoureusement les règles tracées par Apostoli.

B). **Hystérométrie par effraction.** — Cette opération, conseillée et pratiquée maintes fois avec succès par Apostoli, n'est plus aujourd'hui que d'un emploi exceptionnel : lorsque la technique des galvano-punctures faisait de ces dernières une intervention relativement sérieuse et d'autre part était la cause d'un trajet artificiel relativement persistant à travers le tissu utérin, il y avait tout intérêt à essayer de profiter de ce trajet pour rétablir les voies naturelles. A l'heure actuelle, les punctures sont beaucoup moins sérieuses et peuvent être répétées autant de fois qu'il est besoin ; d'autre part elles ne laissent après elles qu'une petite cicatrice insignifiante.

Aussi, lorsqu'un utérus n'est absolument pas perméable, vaudrait-il mieux employer la galvano-puncture proprement dite. Au contraire, si le col est accessible, et si son orifice permet encore l'introduction, ne fût-ce qu'à quelques millimètres de profondeur, de l'hystéromètre, on se servira de galvano-caustiques négatives : escharifiant la muqueuse et faisant cesser tout phénomène spasmodique, entraînant à leur suite la formation d'un tissu cicatriciel mou et peu rétractile, elles permettront presque toujours de pénétrer de plus en plus facilement au cours de chaque séance et d'arriver au fond de l'utérus à travers un canal de calibre normal au bout de quelques applications.

Quoi qu'il en soit, si dans des circonstances particulières on se trouvait en présence d'indications précises sur la direction de la cavité utérine, l'opérateur procéderait comme pour les galvano-punctures proprement dites, mais d'une part il choisirait le point qui lui paraîtrait le plus commode pour faire pénétrer l'instrument dans la direction de la cavité, et d'autre part il emploierait le trocart en acier du diamètre d'un hystéromètre, et se servirait exclusivement du pôle négatif.

Apostoli estime qu'une seule séance doit être suffisante pour rétablir la perméabilité du canal.

III. — GALVANISATION VAGINALE.

Bien que la méthode d'Apostoli soit essentiellement utérine, les applications vaginales seront parfois employées, soit comme procédé accessoire, soit comme procédé de nécessité.

Pour faire une galvanisation vaginale, toutes choses étant disposées comme pour une galvano-caustique intra-utérine, un

tampon de coton hydrophile servira d'électrode interne. Ce tampon enroulé soit au bout de l'hystéromètre en platine, soit plus commodément sur une électrode en charbon, sera mouillé pour être rendu conducteur, enduit de vaseline, ce qui facilitera son glissement, et introduit au fond du vagin; le reste de la séance sera pratiquée comme nous l'avons dit au chapitre des galvano-caustiques.

Le seul point important dans cette opération est que le coton soit assez humide pour que le courant passe facilement, assez épais pour que le platine ou le charbon ne soit nulle part en contact avec la paroi vaginale. L'action électrolytique qui résulterait de ce contact aurait en effet le double inconvénient : 1° d'être douloureuse; 2° d'irriter et même d'escharifier la muqueuse et d'être soit la cause de souffrances consécutives, soit l'origine d'infection.

IV. — RÈGLES GÉNÉRALES.

Durant toute la durée d'un traitement électrique il faudra soumettre la malade à l'observation d'un certain nombre de règles générales ayant pour but d'assurer aux séances leurs pleins effets et d'éviter des complications. Nous allons les résumer brièvement :

1° *Éviter les rapports sexuels*, pour ne pas courir le risque d'une grossesse qui, méconnue au début, pourrait être l'occasion d'accidents sérieux, et pour éviter des phénomènes congestifs et des chances de traumatisme ou d'infection. Cette prescription devra, autant que possible, être suivie pendant toute la durée du traitement; mais elle est rigoureusement obligatoire le jour et le lendemain de chaque séance.

2° *Prendre chaque jour, matin et soir, une injection vaginale antiseptique*. Cela dans le triple but de : a) préparer à l'opération en nettoyant par avance le vagin; b) faire disparaître les sécrétions que produisent les séances; c) éviter l'infection, l'utérus traumatisé pouvant devenir facilement une porte d'entrée pour les micro-organismes. Les injections seront particulièrement utiles lorsqu'on fera des applications négatives qui provoquent souvent de la leucorrhée et laissent une eschare molle et diffluent formant un bon terrain de culture.

3° *Éviter les excès de fatigue*, surtout au moment des séances. Mais il faut laisser les patientes continuer leurs occupations habituelles et surtout ne pas les condamner à un repos qui les anémierait; l'exercice n'est nuisible à aucune espèce de malade et certaines génitopathes deviennent plus souffrantes des précautions exagérées qu'elles prennent ou qu'on leur fait prendre que de leur maladie

elle-même; le délabrement de l'état général, la neurasthénie qu'elles présentent si facilement n'ont parfois pas d'autre cause. Aussi ne devra-t-on pas perdre de vue que l'un des grands avantages du traitement électrique est que précisément les malades n'ont besoin de rien changer à leur genre de vie habituelle : elles doivent éviter seulement le surmenage.

CHAPITRE III

POSOLOGIE

Intensité. — Il résulte de l'expérience d'Apostoli que la dose la plus profitable oscille entre 100 et 150 m.A. et qu'il y a tout intérêt à se servir d'intensité aussi élevée que possible. Mais Apostoli recommande de ne jamais dépasser la dose supportable, le traitement galvanique employé avec trop d'audace pouvant en effet devenir dangereux.

D'une façon générale, comme cet auteur l'a démontré dans ses recherches sur l'*électro-diagnostic des maladies utérines*, le meilleur moyen d'éviter les accidents est de débiter toujours par des doses très modérées et de n'augmenter le nombre de milliampères dans les séances suivantes qu'après s'être assuré de la tolérance de la malade pour les applications précédentes.

Le traitement électrique bien appliqué et bien interprété permet d'éclairer un diagnostic gynécologique, et nous dira dans ce cas particulier si le fibrome est oui ou non compliqué d'une autre affection qui rendrait le traitement électrique difficile ou dangereux.

En effet, les applications galvaniques doivent être peu douloureuses si l'électrode indifférente en terre glaise est bien faite et bien adaptée à toute la paroi abdominale et si la peau est d'une intégrité absolue.

Les malades du reste différencient parfaitement la sensation de brûlure cutanée avec les douleurs internes utérines ou péri-utérines.

Si donc une femme ne supporte pas une intensité moyenne, il

résulte de l'expérience d'Apostoli qu'on peut en déduire les deux conclusions suivantes : ou c'est une nerveuse ayant une exagération spéciale de la sensibilité, ou elle est atteinte d'une lésion inflammatoire avec tendance à la suppuration. Il sera facile d'établir lequel de ces deux diagnostics doit être posé.

« Aussi je conseille de n'appliquer jamais lors d'une première séance plus de 50 milliampères et, si j'ai quelques doutes sur le bon état des annexes, je ne dépasse pas 25 à 30, même si la malade paraît bien tolérer cette dernière dose.

« Immédiatement après cette séance, si la malade n'éprouve rien de particulier, on sera autorisé à augmenter progressivement l'intensité de façon à arriver, s'il ne se produit toujours aucune réaction ultérieure, au maximum ordinaire, vers la quatrième ou la cinquième séance.

« Si, au contraire, la patiente accuse une réaction douloureuse ou fébrile plus ou moins vive, c'est alors que doit se poser et se résoudre le diagnostic différentiel entre l'hystérie et l'inflammation annexielle.

« Dans les deux cas on peut avoir des réactions intenses et un péritonisme purement nerveux peut simuler une péritonite inflammatoire. Mais il y a un signe précieux qui ne trompe pas, c'est l'état de la température : toutes les fois qu'une femme manifeste après une application galvanique une réaction un peu marquée de nature suspecte, il faut lui appliquer le thermomètre.

« *Si elle présente la moindre fièvre, on peut soupçonner qu'il y a une lésion suppurée.*

« Si elle n'a pas de fièvre, au contraire, on penchera fortement vers une réaction d'origine nerveuse, ce qui sera du reste le plus souvent confirmé par l'étude des antécédents.

« En tous cas, on voit qu'il ne faut appliquer au début de tout traitement, sous peine de provoquer des réactions inflammatoires plus ou moins graves, que des doses modérées, tolérables et progressivement croissantes. » (Apostoli.)

En résumé, en ce qui concerne le fibrome, si l'absence de réaction fébrile permet de conclure à la non-existence de lésion aiguë péri-utérine, on arrivera vers la quatrième ou la cinquième séance au maximum, c'est-à-dire à une intensité oscillant, suivant la tolérance individuelle, le plus souvent entre 80 et 150 m.A., mais pouvant être chez certains sujets beaucoup plus élevée, 200, 250 et même *tout à fait exceptionnellement* 300 m.A.

Au contraire, toute réaction fébrile, si minime soit-elle, *est une contre-indication absolue à augmenter les doses* et le plus souvent il y

aura lieu d'interrompre le traitement pour ne le reprendre que lorsque des procédés soit médicaux, soit électriques (en particulier les applications faradiques de tension, en séances modérées mais longues, et les applications de sinusoïdal ou d'ondulatoire, toutes trois préconisées par Apostoli), auront rétabli, si faire se peut, le calme et ramené l'affection à un état moins aigu; mais fréquemment, après étude complète des réactions présentées, il faudra conseiller une intervention chirurgicale.

Dans le cas de réaction nerveuse, on pourra, soit continuer les galvano-caustiques à faible dose, ce qui suffira très souvent pour amener la tolérance, soit user des applications faradiques à doses élevées avec l'électrode intra-utérine bipolaire d'Apostoli qui, presque constamment, calmeront très rapidement l'irritabilité utérine. Mais il y a certaines hystériques, absolument exceptionnelles il est vrai, qui restent toujours intolérantes et qu'aucun procédé ne peut calmer.

Ce qu'on ne saurait trop répéter c'est qu'Apostoli, s'il recommande systématiquement, après avoir fait l'essai des petites et des moyennes intensités, les doses aussi fortes que possible, n'en est pas le partisan aveugle et exclusif : pour lui, toute opération doit être *utérinement tolérable*. Dans ces deux cas (intolérance hystérique invincible et lésions inflammatoires aiguës), il interrompt le traitement électrique; dans tous les autres cas, il n'applique à chaque malade que la dose qu'elle peut supporter.

Durée. — L'expérience a démontré à Apostoli que la durée la plus favorable à donner aux séances est de cinq à dix minutes. En pratique, il prescrit en général des applications de cinq minutes.

Trop courtes, les séances ne produisent pas d'effet; trop longues, elles peuvent fatiguer les malades et causer des réactions consécutives plus ou moins pénibles.

Dans certains cas, cependant, où il y a une indication d'urgence, pour arrêter une hémorragie par exemple, on dépassera cette durée, l'action électrolytique augmentant proportionnellement au temps pendant lequel elle est employée.

On augmentera également la durée, lorsqu'on se servira des électrodes en charbon; avec ces dernières, le plus généralement, on fait en chaque point successivement une application de 3 minutes de durée et on ne prolonge pas le total de la séance au-delà de 10 à 15 minutes.

Fréquence. — On a intérêt à augmenter le nombre des séances afin de soulager plus rapidement les malades, mais le plus souvent, il y a également intérêt, pour ne pas surmener la patiente, ne pas

lui occasionner une fatigue qui gênerait lors des séances suivantes et pour obtenir du traitement ses meilleurs effets, à ne pas cependant les faire trop rapprochées.

En général, on attendra que la douleur ou la fatigue causée par une application soit complètement calmée et ait fait place à une sensation de repos et de bien-être pour procéder à une nouvelle opération.

Les réactions étant variables, suivant les malades, il est difficile de préciser absolument la fréquence des séances. Cependant, on peut dire que si les applications ne vont pas, comme intensité, absolument jusqu'à la limite de tolérance, on pourra les répéter deux à trois fois par semaine, surtout chez les sujets qui mènent une vie peu active et peu fatigante.

Au contraire, si la malade est exposée à beaucoup de fatigue, si d'autre part, ne pouvant se faire soigner souvent, elle préfère supporter des séances à doses élevées et un peu douloureuses, il vaudra mieux espacer les traitements et les faire, par exemple, une fois chaque semaine.

Moment des opérations. — Dans les fibromes à symptômes peu accusés on pourra choisir son heure et son moment, et alors il sera préférable d'attendre la période intermenstruelle.

Si, au contraire, on se trouve en face de phénomènes sérieux (hémorragies, douleurs, compressions), il sera nécessaire d'agir immédiatement.

En particulier, comme nous le verrons plus loin, en cas d'hémorragie, il faudra faire d'emblée une application *positive*.

Enfin, dans certains cas particuliers (dysménorrhée, diminution de l'abondance des règles), on aura tout intérêt à appliquer le traitement au moment de la période menstruelle, sous forme de galvano-caustiques *négatives*.

Nombre. — Il est impossible de préciser le nombre des séances qu'on devra faire dans chaque cas particulier étant donnée la variabilité des signes observés d'une malade à l'autre.

Dans un traitement qui n'a pas la prétention d'être radical, il faut s'attacher avant tout à la cure symptomatique; le traitement ne finira que quand la femme se déclarera guérie, ou considérablement améliorée. Pour cela, une moyenne de quinze à vingt séances est en général suffisante; trente est un maximum qui n'est que rarement dépassé; mais Apostoli a vu beaucoup de malades se trouver suffisamment bien pour suspendre le traitement entre la cinquième et la dixième opération; exceptionnellement une ou deux interventions ont suffi pour assurer un bien-être appréciable,

Une fois le résultat symptomatique obtenu, on pourra, si la malade le désire, continuer le traitement pour assurer un bénéfice durable et pour tâcher d'obtenir une amélioration anatomique; mais à ce dernier point de vue, nous ne croyons pas qu'on puisse donner des appréciations numériques même approximatives. Certains fibromes diminuent de volume très notablement au bout de peu de séances, certains autres, au contraire, cessent simplement de s'accroître, mais ne subissent aucune décroissance dans leur volume, même après un grand nombre d'applications.

En tous cas, la malade sera prévenue qu'elle doit revenir immédiatement s'il se produit une rechute. Si, ce qui est le plus fréquent, lorsque le nombre de séances a été suffisant, il n'y a aucune récurrence, il serait bon qu'elle se soumette de temps à autre, une fois chaque année, par exemple, à une cure complémentaire de cinq à dix séances pour maintenir les résultats acquis et empêcher l'accroissement de la tumeur. Le plus souvent d'ailleurs, les malades oublient cette précaution et, comme on le verra par la lecture des observations jointes à ce travail, les événements ne les font pas, dans la majorité des cas, repentir de leur négligence, et les bénéfices du traitement se maintiennent intégralement; mais « *quelques malades, dans la proportion de 10 à 20 p. 100, surtout les femmes jeunes, réclament ultérieurement un traitement complémentaire de courte durée.* » (Apostoli.)

CHAPITRE IV

ACTION PHYSIOLOGIQUE

Examinons d'abord les modifications constatables directement sous l'influence d'une application de la méthode d'Apostoli.

Durant le passage du courant nous allons assister à une série de phénomènes que nous classerons en trois groupes.

1° **Action interpolaire**, plus facile à étudier en pathologie générale qu'en pathologie utérine, et dont les effets peuvent se résumer ainsi :

a) *Sédation du système nerveux* (analgésie, disparition des spasmes, etc.) ;

b) *Régularisation des phénomènes circulatoires*, d'où résulte le plus souvent une régularisation des phénomènes nutritifs ;

c) *Excitations musculaires* : ce dernier phénomène, encore mal étudié en ce qui concerne la *période d'état* du courant, est cependant indéniable sur les muscles lisses ; nous avons pour notre part eu l'occasion de faire des galvanisations utérines chez une malade présentant une volumineuse hernie ombilicale ; durant toute la séance, le paquet herniaire était le siège de mouvements vermiculaires énergiques, alors qu'avant la fermeture du courant ces mouvements étaient ou nuls ou insignifiants.

À côté de cette action interpolaire indéniable et toujours si importante même en gynécologie se placent les deux suivantes :

2° **Action polaire médiate.** — Les tissus qui sont au voisinage d'un pôle subissent une réaction physiologique qui varie suivant le pôle considéré.

Le pôle *positif* est un décongestionnant et un sédatif de l'activité fonctionnelle.

Le *négatif* est inversement un congestionnant et un excitant.

3° **Action polaire immédiate.** — Les tissus directement en contact avec l'électrode active, lors du passage du courant, sont le siège de modifications chimiques intenses : cette action chimique peut être assez marquée pour que, lorsqu'on fait une application négative en se servant du spéculum, on entende le crépitement des bulles de gaz qui viennent se dégager à l'orifice utérin. Si l'application est faite à dose assez élevée et de durée assez longue il en résulte une véritable cautérisation pouvant aller jusqu'à l'escharification. Aussi l'action polaire du courant continu servira comme les divers caustiques médicamenteux, soit comme modificateur (traitement de la métrite par exemple), soit comme destructeur (ablation du polype). Mais l'action polaire immédiate n'est pas la même suivant le pôle considéré : au pôle *positif* se portent les acides et il se produit une certaine quantité d'ozone, il en résulte que :

D'une part l'eschare du pôle positif est une eschare dure et sèche ; aussi comme les tissus environnants sont anémiés, ainsi que nous l'avons dit plus haut, l'application positive est-elle un hémostatique puissant ;

D'autre part, à dose suffisante, cette même application a une action antiseptique énergique. — *Apostoli* et *Laquerrière père* ont démontré en effet que 100 m.A., appliqués durant 5', atténuent ou

détruisent complètement la virulence des cultures de charbon au voisinage de l'électrode positive. Enfin, la cicatrice succédant à l'eschare positive est une cicatrice épaisse, raide, *peu vasculaire* et éminemment rétractile.

Le pôle *négatif*, au contraire, vers lequel se portent les bases, produit une eschare molle, diffuente, saignant facilement, de laquelle on ne peut pas attendre un effet hémostatique immédiat, surtout si l'on songe que sous l'influence de ce pôle les tissus voisins sont congestionnés. La cicatrice consécutive a peu de tendance à la rétraction. Enfin le pouvoir microbicide du pôle négatif comparé à celui du positif peut être, aux doses médicales, considéré comme nul ou très faible.

Nous trouvons, dans ce qui précède, l'explication d'une partie des effets de la méthode Apostoli sur les *syntômes* du fibrome.

Outre l'action hémostatique que nous venons de voir, outre la modification de la leucorrhée par cautérisation de la muqueuse, nous voyons que la cessation des douleurs aura pour origine la sédation du système nerveux et la régularisation des phénomènes congestifs utérins et péri-utérins; certaines dysménorrhées seront calmées par ces mêmes modifications nerveuses ou circulatoires, tandis que certaines autres céderont à la dilatation du canal utérin créée par la destruction électrolytique, etc.

Mais le rôle des galvano-caustiques ne se borne pas, la clinique le démontre, à un résultat symptomatique plus ou moins momentané : elles ont une action anatomique manifeste dans la plupart des cas, action anatomique qui se traduit au moins par l'arrêt de développement, et les résultats symptomatiques se prolongent souvent pendant des années.

Nous avons entendu dire *ex cathedra*, à la Faculté de Paris, que les bénéfices de l'électricité se réduisaient à ceux d'un agent qui cautériserait la muqueuse utérine, agent dosable, maniable, d'emploi plus commode que celui d'un caustique médicamenteux, mais en somme d'action purement locale. Nous pensons que cette opinion est beaucoup trop exclusive. Il est bien certain que l'action électrolytique polaire joue un grand rôle, souvent le principal rôle, et le nom donné à l'opération : « *galvano-caustique* » en est une preuve.

Mais force est bien d'admettre qu'il y a à côté d'elle des modifications particulières imprimées au fibrome par l'application de la méthode d'Apostoli.

Certains phénomènes semblent d'ailleurs manifestement en faveur de cette théorie :

La galvano-puncture fait cesser les hémorragies; parfois immédiatement, ce qui peut à la rigueur s'expliquer par des phénomènes réflexes; mais le plus souvent secondairement et d'une façon durable;

Les galvano-caustiques négatives qui ne donnent pas une eschare capable d'être hémostatique procurent aussi à la longue la disparition des hémorragies.

Or, pour que la galvano-puncture qui n'a aucune action sur la muqueuse et est faite en dehors d'elle, pour que la galvano-caustique négative qui est congestionnante et favorise l'écoulement sanguin d'une façon immédiate, deviennent à la longue et d'une manière indirecte hémostatiques, il faut bien reconnaître que le traitement jouit de propriétés spéciales indépendantes de son action locale : sous l'influence des galvano-caustiques le fibrome serait jusqu'à un certain point atteint dans sa vitalité.

Nous n'avons pas l'intention d'entrer, au cours de ce travail qui doit rester surtout clinique, dans le domaine des théories. Nous devons reconnaître d'ailleurs que l'étude de l'électrobiologie en général et de l'électrobiologie gynécologique en particulier contient encore nombre de lacunes.

Il a été fait de nombreux travaux de laboratoire fort intéressants en eux-mêmes, mais qui n'ont pas notablement éclairci le problème; cela tient en partie à ce que certains expérimentateurs ont oublié trop facilement qu'un fibrome extirpé et placé sur une table n'est plus du tout dans les mêmes conditions que celui qui fait partie d'un organisme vivant.

C'est ainsi qu'on a voulu tenir compte de l'action calorifique du courant : très notable *in vitro*, elle est sans importance dans un milieu où l'irrigation sanguine vient sans cesse rétablir une température identique, et il est facile de s'assurer qu'après une séance l'hystéromètre en platine n'a pas une température notablement supérieure à celle de la profondeur des tissus. C'est ainsi également qu'il faut éliminer l'action destructive électrolytique polaire, si cette action est manifeste sur la muqueuse au contact de l'électrode, il est inadmissible qu'elle puisse atteindre le fibrome placé dans le circuit interpolaire; car il n'y a aucune raison pour supposer qu'elle agisse sur le fibrome sans agir de la même façon sur les tissus non pathologiques. Faut-il d'autre part admettre que le passage du courant jouisse de propriétés spéciales sur le développement des tumeurs fibreuses, comme la chaleur ou la lumière sont capables de modifier ou de guérir certaines productions pathologiques (lupus, chancre mou, etc.), y a-t-il en un mot une action spécifique de

l'électricité sur le fibrome, une action *électro-atrophique*? Il n'y a, à l'heure actuelle, aucun fait qui démontre cette hypothèse.

Nous pensons que la plupart des résultats obtenus peuvent s'expliquer par ce fait que le courant modifie les conditions diverses des milieux où cette néoplasie se forme.

Une grande part des modifications trophiques doivent résulter des actions sur les systèmes musculaires, vasculaires et nerveux : les contractions utérines, par exemple, compriment le tissu néoplasique et empêchent sa bonne irrigation sanguine, cela d'autant plus facilement que la plupart des fibromes sont peu riches en vaisseaux.

Mais il faut remarquer que les modifications circulatoires paraissent plus brusques et beaucoup plus intenses, au moins momentanément, sous l'influence de la faradisation que sous celle de la galvanisation. Il est vrai que nous ignorons encore quels sont les phénomènes post-opératoires et si les effets sur l'irrigation sanguine ne sont pas infiniment plus durables par ce dernier procédé. Nous ignorons également quels sont les résultats de la dépolarisation lente qui se produit dans les tissus à la suite des séances, et quelle est la durée de cette dépolarisation.

Nous croyons que l'explication scientifique d'une action trophique, que la clinique semble nettement démontrer, devrait être étudiée en reprenant certaines expériences de G. Weiss (*Revue générale des sciences pures et appliquées*, février 1890. Expériences sur l'électrolyse du muscle).

Cet observateur a constaté qu'une patte de grenouille soumise au passage d'un courant galvanique suffisant, perd sa contractibilité, mais que celle-ci peut lui être rendue par une application en sens inverse; cette perte devient définitive si l'action première est trop intense ou trop longue. — Le rôle de l'inversion du courant démontre qu'il s'agit là de phénomènes chimiques et secondaires au passage du courant. Elle plaiderait donc en faveur de modifications électrolytiques survenues dans l'intimité même des tissus et indépendantes des modifications constatées au point d'application des électrodes.

L'examen microscopique vient d'ailleurs confirmer cette manière de voir : « Sur la coupe en travers, on voit les fibres musculaires très inégales comme forme et comme volume; au lieu d'être presque accolées les unes aux autres, comme sur le muscle normal, elles sont séparées, le tissu conjonctif interfasciculaire ayant pris un grand développement. Sur les coupes longitudinales, d'abord la striation transversale des muscles disparaît et ils deviennent un

peu plus transparents; puis le muscle se fragmente de plus en plus jusqu'à être réduit en granulations. Son enveloppe ou sarcolemme semble résister plus longtemps. On retrouve aussi, dans les préparations, des fibres bien plus fines que les autres et admirablement striées; je ne sais encore d'où elles viennent, peut-être se sont-elles formées depuis la dernière séance d'électrolyse. »

Il est fort probable que des modifications du même ordre doivent se rencontrer dans les autres tissus (tissus conjonctifs en particulier). Si en tous cas nous appliquons ces données aux fibres musculaires du fibro-myome utérin, nous voyons qu'un courant intense peut modifier leur structure et leur faire perdre une partie de leurs propriétés.

Il est bien évident d'autre part que, par les conditions défectueuses au point de vue de l'irrigation sanguine où elles se trouvent le plus souvent, elles sont plus aptes que les fibres musculaires de l'utérus à ressentir l'action nocive électrolytique. Tandis que, dans le muscle normal, l'apport continuuel d'une nouvelle quantité de liquide électrolysable vient sans cesse rétablir l'équilibre, et que les *ions* qui viennent d'être formés sont en grande majorité entraînés par le flux sanguin; dans les tissus néoplasiques ou, du moins, dans les tissus de la plupart des fibromes, l'action chimique doit se faire sentir bien plus énergiquement et se manifester d'une façon marquée.

De plus, précisément à cause de l'insuffisance de l'irrigation, les désordres produits par le passage du courant seraient bien plus difficiles à réparer que dans les tissus sains.

Évidemment les expériences de Weiss n'ont pas un rapport direct avec le traitement des fibromes, mais nous pensons qu'il y a là un rapprochement à faire et que si les conclusions qu'on en peut tirer au sujet du fibrome ne sont pas très précises, elles peuvent néanmoins faire supposer que : 1° la méthode d'Apostoli a théoriquement, à cause de son action sur les tissus, la prépondérance que démontre la clinique sur les autres procédés électriques; 2° l'emploi des hautes intensités est justifié parce qu'il est nécessaire que l'action chimique intra-musculaire soit assez intense en un temps donné pour que le courant sanguin (même faible comme dans le fibrome) ne soit pas suffisant pour en atténuer ou en détruire les effets.

Comme on le voit, ce chapitre de physiologie est l'exposé de bien des lacunes, mais il est bon de faire remarquer que notre ignorance sur ce point n'est nullement une preuve contre la méthode car, pour prendre un exemple, il importe peu au médecin de savoir par quel mécanisme le mercure présente une action élective sur l'agent

inconnu des manifestations syphilitiques; la clinique démontre que le mercure agit, l'ignorance où nous sommes des causes cachées de son influence ne nous le fait pas rejeter jusqu'à ce que les expériences de laboratoire nous aient éclairés à ce sujet.

CHAPITRE V

DIFFÉRENTS PROCÉDÉS

A). **Galvano-caustiques positives.** — Les galvano-caustiques positives forment dans la plupart des cas le traitement de choix du fibrome.

Elles seront pratiquées soit avec l'hystéromètre en platine, soit avec les électrodes en charbon. En tous cas, il y aura toujours intérêt à cautériser le plus possible de la surface de la muqueuse.

On commencera toujours tout traitement par des applications positives, parce que ce pôle étant décongestionnant et antiseptique, est particulièrement inoffensif, c'est à lui en particulier qu'il faudra avoir recours pour tâter la tolérance de la malade et pour procéder, en cas de doute au sujet des annexes, à l'électro-diagnostic.

En face d'une hémorragie, il faudra immédiatement essayer de l'arrêter par la cautérisation positive de la muqueuse et c'est de ce même procédé qu'on devra user quand on recherchera une action hémostatique soit immédiate si possible, soit médiate.

De même on se servira de son action caustique et antiseptique pour modifier l'état de la muqueuse et remédier à la métrite.

Enfin les g. c. positives seront encore employées contre les diverses irrégularités circulatoires, à cause de leur influence décongestionnante, et contre la douleur grâce à la sédation qu'elles exercent sur le système nerveux.

B). **Galvano-caustiques négatives.** — Dans quelques formes spéciales de fibrome où domine la diminution ou le retard des règles, avec dysménorrhée et phénomènes congestifs de l'organisme tout entier, on aura recours au pôle négatif.

C'est à ce même pôle qu'il faudra recourir dans les cas où, par suite d'une atrésie quelconque, on ne pourrait faire pénétrer l'hystéromètre.

En particulier, il arrive parfois que des malades qui ont subi un traitement complet par des applications positives reviennent au bout d'un certain nombre d'années pour des troubles opposés à ceux qu'elles présentaient au début (tendance à l'aménorrhée au lieu d'hémorragie; pléthore à la place d'anémie, etc.). En les examinant, on constate que l'hystérométrie est devenue impossible; il faut alors employer la galvano-caustique négative tant pour corriger la situation anatomique que pour remédier aux troubles locaux et généraux.

Enfin, le pôle négatif présente encore une indication toute particulière. Bien que jusqu'à présent les résultats trophiques paraissent surtout attribuables à l'action interpolaire, l'expérience a démontré, et cela dès le début, puisque le fait est déjà signalé dans la thèse Carlet, que les applications négatives ont une influence dénutritive plus marquée. C'est à ces applications qu'on devra recourir chaque fois qu'on cherchera surtout à obtenir une régression de la tumeur ou à agir sur son évolution. Cette action se manifeste en particulier lorsqu'on examine certains phénomènes cliniques; c'est ainsi que malgré son rôle congestionnant et la composition de son eschare, le pôle négatif, qui au début augmente le plus souvent les hémorragies, devient fréquemment hémostatique soit durant le traitement même, lorsqu'il est assez prolongé, soit ultérieurement quand l'influence immédiate de chaque séance est dissipée.

C). **Galvano-punctures.** — Les galvano-punctures peuvent être employées comme procédé de choix ou comme procédé de nécessité.

Comme procédé de choix, elles devront être préférées toutes les fois que, pouvant être pratiquées dans la masse même du fibrome, on pourra compter que la rétraction cicatricielle qui leur succède contribuera à diminuer la masse fibreuse, au moins dans la partie qui fait saillie dans le vagin. Il y aura donc à prescrire leur emploi si un noyau de fibrome nettement proéminent dans le vagin comprime la vessie ou le rectum ou bien enclave et masque le col.

Comme procédé de nécessité, elles remplaceront les galvano-caustiques toutes les fois que pour une raison anatomique spéciale (col inaccessible, caché par une masse fibreuse; col atrophié et impossible à découvrir; utérus atrésié après la ménopause; utérus à déviation trop considérable pour permettre l'hystérométrie) ces dernières sont impraticables.

D). **Galvanisation vaginale.** — La galvanisation vaginale ne fait pour ainsi dire pas partie de la méthode d'Apostoli en ce qui con-

cerne le traitement du fibrome; mais on pourra néanmoins en user dans les cas où l'hystérométrie étant impossible il n'y aura que des accidents légers n'exigeant pas l'emploi des galvano-punctures, procédé réclamant plus d'habileté et plus de soins de la part du médecin, comme aussi plus de précautions de la part de la malade.

On s'en servirait également si, par suite de dispositions spéciales, la galvano-puncture était aussi impossible que la galvano-caustique. Ces dispositions doivent être, il est vrai, absolument exceptionnelles, mais en cinq années, nous en avons eu un cas à la clinique d'Apostoli : il s'agit d'une malade dont le fibrome est remonté au-dessus du détroit supérieur étirant le vagin en un conduit étroit dans lequel aucune partie de l'utérus ne fait saillie, et au fond duquel le col est absolument atrophié et introuvable.

La galvanisation vaginale ne sera en somme employée que d'une façon exceptionnelle; elle amène des résultats souvent appréciables, mais n'utilisant guère que l'influence interpolaire du courant, elle donne des bénéfices moins complets et moins rapides que les procédés portant directement sur l'utérus.

E. Procédés accessoires. — Le fibrome pouvant coexister avec toutes les autres affections de l'appareil génital, nous n'avons pas l'intention d'exposer ici toute l'électrothérapie gynécologique, nous voulons seulement insister sur quelques points :

1° Au début du traitement, on se trouvera souvent bien chez les nerveuses de faire d'abord quelques séances de faradisation soit vaginales, soit utérines; on calmera ainsi l'irritabilité utérine, on facilitera l'hystérométrie, on évitera les réactions post-opératoires.

2° En ce qui concerne les douleurs, certaines algies pelviennes, presque toujours d'origine hystérique, ne seront calmées que par des applications de courant à état variable (sinusoïdal, ondulatoire, etc.) et en particulier par la faradisation intra-utérine bipolaire selon la technique préconisée par Apostoli. Dans ces cas, on n'a pas affaire à un symptôme proprement dit du fibrome, mais à une affection plus ou moins indépendante de lui, et qui peut évoluer pour son propre compte; mais d'une façon générale, chaque fois que l'on cherchera une action analgésique intense et immédiate, si on n'a pu l'obtenir par la galvanisation, c'est à ces mêmes courants à état variable qu'il faudra recourir.

3° Si pour une raison quelconque on ne pouvait employer immédiatement la méthode d'Apostoli en cas d'hémorragie, on retirerait les plus grands avantages de la faradisation de quantité appliquée en séance courte (trois minutes). Ce procédé a été reconnu par son inventeur, le D^r Tripier, comme un succédané des préparations

d'ergot, mais supérieur de beaucoup à elles; il ne donne d'ailleurs que des bénéfices éphémères.

CHAPITRE VI

RÉSULTATS

Nous allons exposer les résultats obtenus par les procédés que nous venons de décrire, d'après la dernière publication d'Apostoli sur ce sujet.

Disons en passant que ces résultats concordent avec ceux publiés par les praticiens qui ont une expérience suffisante de la méthode pour en obtenir les pleins effets.

I. — RÉSULTATS ANATOMIQUES.

a. Il est exceptionnel qu'un fibrome traité régulièrement et avec des intensités suffisantes s'accroisse durant le traitement.

Il est rare qu'il augmente de volume dans la suite. *L'arrêt de l'accroissement* s'observe dans la proportion de 70 p. 100.

b. On peut constater une diminution de volume « quoique cette diminution soit moins fréquente qu'on l'a affirmée, elle n'en existe pas moins d'une façon indéniable ». (Apostoli.)

Elle se rencontrerait dans 10 à 20 p. 100 des cas, mais il faut savoir que cette diminution n'aboutit jamais ou presque jamais à une disparition complète.

D'ailleurs même dans les cas où cliniquement un fibrome semblerait disparu, rien ne prouve qu'un examen nécroscopique et surtout un examen histologique n'en révélerait pas encore des traces.

En tous cas la diminution du volume est d'autant plus fréquente que le fibrome est plus interstitiel.

Dans les fibromes sous-péritonéaux, au contraire, elle est nulle ou de peu d'importance.

On constate très fréquemment après le traitement un épaissement de la couche adipeuse sous-cutanée abdominale qui peut dans

certain cas, si l'on n'a pas pris soin de mesurer l'épaisseur de la paroi, masquer en partie la diminution de volume.

c. Dans une proportion de 70 p. 100, on constate, soit par suite de la diminution de volume, soit sous l'influence d'une sédation, des phénomènes congestifs, soit enfin grâce à la réduction et à la résorption des adhérences périphériques, *une mobilisation de l'utérus et du fibrome*.

C'est là un des grands avantages de la méthode, car cette mobilisation peut faciliter une opération chirurgicale ultérieure, si celle-ci est considérée comme nécessaire à un moment donné.

d. La tendance naturelle du muscle utérin à expulser hors de son sein la néoplasme, est manifestement accélérée et aidée par le traitement électrique, et fréquemment on observe sous son influence la formation soit de masses sous-péritonéales, soit de polypes intra-utérins.

II. — RÉSULTATS SYMPTOMATIQUES.

Les résultats symptomatiques sont plus marqués que les résultats anatomiques.

a. C'est tout d'abord l'hémorragie qui est le plus souvent arrêtée dans la proportion de 80 à 90 p. 100.

La galvano-caustique positive appliquée à dose, durée et localisations convenables, arrêtera l'écoulement sanguin d'une façon plus ou moins immédiate et rapide; il est d'ailleurs difficile d'être très précis à ce sujet, car il n'y a pas de facteur permettant de déterminer combien de temps aurait duré l'hémorragie en l'absence de tout traitement.

En général, quand l'hystérométrie est facile et que la malade supporte bien le courant, on observe une diminution marquée ou une disparition de l'hémorragie dès les premières séances.

D'autre part, sous l'influence de la continuation du traitement, la tendance aux métrorrhagies et aux ménorrhagies s'atténue progressivement; les règles se régularisent peu à peu et reprennent fréquemment un type normal.

b. Les douleurs menstruelles ou intermenstruelles s'atténuent ou disparaissent dans 70 p. 100 des cas.

c. Sous l'influence du traitement du fibrome on constate dans une proportion de 70 p. 100 environ, *le relèvement de l'état général*.

Il y a évidemment pour ce dernier phénomène à tenir compte de la disparition des symptômes utérins qui anémiaient et fatiguaient la malade.

Mais, dans un certain nombre de cas, cette amélioration évolue pour son propre compte et peut être déjà considérable alors qu'il n'y a encore que des modifications insignifiantes du côté des troubles génitaux. Ceci doit être attribué d'une part à la régularisation du fonctionnement du tube digestif plus ou moins influencé par le passage du courant, d'autre part aux modifications apportées à la circulation générale par l'électrisation d'un territoire étendu de l'organisme.

d. Signalons enfin la disparition, dans un certain nombre de cas, de la *constipation* et des *troubles urinaires*, ce qui s'explique et par la décongestion du petit bassin et la diminution de volume du fibrome, et par l'influence du courant sur l'intestin et sur la vessie.

e. Quant à l'influence sur la leucorrhée, elle est difficile à déterminer exactement : le traitement produit souvent un écoulement d'aspect séro-purulent et amène l'élimination de débris de muqueuse; aussi est-il fréquent d'entendre au début les malades déclarer que leurs pertes blanches ont augmenté. Dans la majorité des cas, au bout d'un certain nombre de séances, la leucorrhée diminue ou disparaît; parfois elle ne s'arrête que lorsque le traitement étant terminé, il n'y a plus d'irritations répétées de la muqueuse; enfin il est une certaine proportion d'observations où la méthode électrique ne donne pas d'amélioration et subit un échec manifeste contre ce symptôme.

DEUXIÈME PARTIE

PLACE DE LA MÉTHODE D'APOSTOLI DANS LA THÉRAPEUTIQUE DU FIBROME

Afin de déterminer la place qui doit revenir dans la thérapeutique du fibrome à la méthode d'Apostoli, nous allons successivement :

1° Étudier le rôle des méthodes conservatrices en face du traitement radical;

2° Comparer les galvano-caustiques aux autres méthodes conservatrices;

3° Discuter les objections qui peuvent être faites à ce procédé;

4° En établir les contre-indications;

5° Exposer quelle doit être la conduite en face d'un fibrome utérin.

CHAPITRE I

LE TRAITEMENT RADICAL ET LES MÉTHODES CONSERVATRICES

Les progrès incessants de la chirurgie semblent devoir restreindre de plus en plus le champ des procédés médicaux; et il est bien certain que si l'on pouvait proposer aux malades atteintes de fibrome, une intervention qui, sans aucun danger pour leur existence et sans crainte de suites fâcheuses, les débarrasserait complètement de leur affection, bien peu voudraient se soumettre

à un traitement conservateur plus ou moins long et dont on ne doit leur promettre qu'une amélioration symptomatique.

Examinons si les méthodes opératoires méritent systématiquement cette préférence.

Le Dr Doyen, dans son rapport au congrès d'Amsterdam de 1899, écrit : « L'intervention chirurgicale donne aujourd'hui des résultats tels que les méthodes, dites palliatives, et dont nous pourrions citer de nombreux accidents, sont vouées au discrédit le plus complet. »

Devant une opinion aussi nette et aussi affirmative, opinion qui n'est pas acceptée d'ailleurs dans toute sa rigueur par beaucoup de chirurgiens, nous pourrions répondre simplement que :

1° Les résultats que nous avons exposés plus haut et qui ont été constatés dans les mêmes proportions par tous ceux qui ont fait des galvano-caustiques une étude suffisamment suivie, permettent de déclarer que ce procédé est plus qu'une méthode *dite palliative*, et de lui donner le titre au moins de *traitement symptomatique*.

2° Que les *nombreux accidents*, qu'on pourrait citer, doivent se réduire à zéro, lorsque l'on applique rigoureusement la technique d'Apostoli telle qu'il la préconise, et qu'on ne commet aucune erreur, soit de diagnostic, soit de manuel opératoire.

Doyen insiste trop au cours de son rapport sur la nécessité d'appliquer tels quels ses procédés personnels pour ne pas reconnaître qu'une méthode ne peut être rendue responsable de l'inexpérience de ceux qui l'emploient ou des modifications que chaque opérateur lui apporte. Mais laissons provisoirement de côté les traitements du fibrome et ne considérons que l'opération en elle-même.

Nous ne voulons pas faire ici le pourcentage des accidents arrivés à chaque chirurgien.

Citons seulement Doyen lui-même qui, « depuis qu'il a perfectionné sa technique », a fait 52 hystérectomies à sa Clinique de Paris et a eu un cas de mort. — C'est là évidemment un résultat exceptionnellement brillant; mais : 1° tous les opérateurs ne possèdent pas et l'habileté de Doyen et son matériel opératoire; 2° c'est encore là une mortalité de près de 2 p. 100.

Extrayons ensuite d'un travail publié par le Dr L. Weill, de Strasbourg (la Chirurgie abdominale en Allemagne, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, juillet 1899), les chiffres suivants :

Les statistiques publiées par les principaux chirurgiens allemands donnent :

Amputation supra-vaginale (méthode extrapéritonéale), 392 cas;

mortalité, 18,6 pour 100. — (Méthode rétropéritonéale), 266 cas; mortalité, 4,8 p. 100.

Extirpation abdominale en un temps, 152 cas; mortalité, 12,5 p. 100.

Extirpation abdominale en deux temps, 30 cas; mortalité, 24,2 p. 100.

Extirpation vaginale, 418 cas; mortalité, 2,5 p. 100.

Il est d'ailleurs difficile de tirer une conclusion des statistiques, car on ne peut apprécier ni l'état des malades, ni les difficultés opératoires dans chaque cas particulier, et tandis que certains chirurgiens opérant des tumeurs petites, sans adhérence, sans symptômes locaux, sans retentissement sur l'état général, laissent volontiers de côté les cas graves, d'autres au contraire (Ricard par exemple, voir *Gazette des hôpitaux* du 28 juillet 1898) reculent l'indication opératoire aussi loin que possible.

Il est bien certain toutefois que la question de vie ou de mort se pose toujours au moment de toute opération pelvienne sérieuse; et nous pensons que, quelles que soient les raisons qu'ils en donnent, tous les chirurgiens perdent des malades du fait des opérations.

D'autre part, même si à l'heure actuelle tous les chirurgiens pouvaient présenter une statistique semblable à celle que donnait Doyen au Congrès d'Amsterdam, il y aurait encore à compter avec les suites diverses de l'opération : les éventrations d'une part, l'entéroptose d'autre part, malgré tous les progrès de technique, se produisent encore.

A côté d'elles, il est fréquent de constater des névralgies pelviennes plus ou moins intenses, mais qui, dans des cas, heureusement exceptionnels, peuvent aller jusqu'à rendre intolérable la vie des malades. Enfin les opérations peuvent engendrer soit des états nerveux spéciaux, soit des psychoses.

On a dit, il est vrai, que ces accidents ne se manifestaient que chez des prédisposées : mais cette dernière argumentation fût-elle exacte, qui donc est capable d'affirmer qu'un sujet donné n'a absolument rien dans ses antécédents qui le prédispose à présenter ces divers troubles à l'occasion d'un traumatisme et qu'il ne suffira pas de l'intervention chirurgicale pour les éveiller?

La conservation des ovaires en dernier lieu ne met pas, si elle est observée, à l'abri des accidents de ménopause anticipée. « Ces symptômes peuvent survenir immédiatement après l'ablation des ovaires ou après des semaines et des mois, si ceux-ci ont été conservés. » (Schauta, Rapport au Congrès d'Amsterdam.)

Nous ne voulons pas faire le tableau trop noir et nous pensons que les suites opératoires sont assez rarement fâcheuses pour ne

jamais faire hésiter lorsqu'on considère une intervention comme nécessaire ; mais nous pensons aussi que, tant à cause des risques de mortalité qu'en raison de la possibilité d'accidents consécutifs, les indications chirurgicales doivent être restreintes autant que possible, et qu'il faut ne recourir au bistouri qu'après un essai loyal des méthodes conservatrices dans chaque cas particulier.

N. B. — Nous laissons ici de côté la question de la stérilité engendrée par l'opération, parce que dans la plupart des cas de fibrome, outre que les patientes sont déjà d'un âge où la fécondation est plus rare, une grossesse doit être considérée comme une éventualité grave pouvant donner lieu aux dangers les plus sérieux. Cette considération ne doit cependant pas être complètement dédaignée, car d'abord, il est de nombreux exemples de grossesses menées à bien avec de petits fibromes, et ensuite il y a des femmes qui, soit par tempérament, soit par situation sociale, ne renoncent pas facilement à l'idée de pouvoir être mère.

En résumé, si grâce aux perfectionnements considérables des procédés chirurgicaux, grâce à la diminution de plus en plus grande de la mortalité opératoire, nous pensons tout à fait exagérée aujourd'hui la phrase de Thomas Keith : « Je me considérerais comme coupable d'un acte criminel, si je conseillais désormais à une malade de courir le danger de mettre sa vie en péril et surtout en un tel péril, par les anciennes méthodes, avant de s'être entièrement soumise au traitement d'Apostoli » (*British medical journal*, 10 décembre 1887), — et Keith avait à cette époque réduit la mortalité de l'hystérectomie à 4 p. 100, — nous croyons qu'il y a tout intérêt pour l'immense majorité des malades à rechercher dans les méthodes conservatrices un procédé qui les mette à l'abri d'une mutilation.

CHAPITRE II

LES MÉTHODES CONSERVATRICES ET LA MÉTHODE APOSTOLI

Agents pharmaceutiques. — Empruntons d'abord les appréciations suivantes à l'excellent article publié par M. A. Ricard,

dans la *Gazette des hôpitaux* (Traitement des fibromes utérins, 23 juillet 1898) :

« De tous les médicaments internes, c'est l'*ergot de seigle* qui est encore le plus en faveur. Tiré de l'oubli par Hildebrand, en 1872, il a été après lui employé par nombre de gynécologues. S'il faut en croire ses propagateurs, il aurait donné un certain nombre de succès, non pas seulement quelques succès symptomatiques comme la cessation des hémorragies, mais l'atrophie, voire même la disparition des fibromes. Verneuil s'était montré un fervent partisan de cette méthode.

« Mais le traitement d'Hildebrand, pour être peu efficace, est long et pénible et le plus souvent il lasse la patience des médecins et des malades avant que le moindre résultat soit appréciable.

« L'*ergot* doit être donné, non en potions, mais en injections, sous forme de solution d'*ergotine*.

« Autrefois, les injections se compliquaient de nodosités inflammatoires et même de phlegmons qu'une préparation plus aseptique doit éviter...

« Ces injections, faites pendant des mois, peuvent avoir un retentissement sur la santé générale, déterminer des crampes musculaires, donner des signes d'intoxication par l'*ergot*. Souvent elles s'accompagnent de migraines spasmodiques. Aussi, devant la longueur, la difficulté d'un traitement rigoureux mises en regard de son peu d'efficacité, on peut dire que la méthode est retombée dans l'oubli dont Hildebrand l'avait retirée.

« Toutefois, d'une façon empirique, on voit nombre de médecins prescrire l'*ergotine* en potion contre les hémorragies des fibromes. Il faut peu compter sur cette médication, basée sur l'action de l'*ergot* sur les fibres de l'utérus gravide, et transportée théoriquement du domaine de l'obstétrique dans celui de la gynécologie.

« On s'est alors tourné vers les succédanés de l'*ergot*, cherchant des substances qui agiraient sur la contractilité utérine et pourraient amener l'atrophie du fibrome ou tout au moins ralentir sa nutrition. On a recommandé la teinture de *cannabis indica* à la dose de x à xxx gouttes par jour, et l'extrait fluide d'*hydrastis canadensis* à une dose variant de xx à L gouttes.

« Le *viburnum prunifolium*, étudié par M. Auvard et M. Monclar dans sa thèse, est un sédatif du système utéro-ovarien. On l'a donné pour combattre les métrorragies de la ménopause. Il calme les douleurs dues à la contraction des fibres lisses, on le recommande contre les tranchées utérines, contre les douleurs de la dysmé-

norrhée. On l'emploie surtout en teinture à la dose de c à cl gouttes dans les vingt-quatre heures; mais s'il n'est pas toxique comme l'opium, on doit reconnaître qu'il a un pouvoir calmant bien moins marqué et que, pour les douleurs et les métrorragies des fibromes, son efficacité est des plus douteuses.

« Ces substances, qui ont une action variable mais incontestable sur certains phénomènes utérins, n'en ont en général aucune contre le fibrome lui-même, les douleurs ou les hémorragies qu'il détermine.

« Une autre série de médicaments ont eu la prétention non justifiée de provoquer la résorption de la tumeur. L'iode, l'iodure de potassium, le bromure, le chlorure de calcium (chirurgiens anglais) amèneraient la dégénérescence athéromateuse des vaisseaux. M. Guéniot a conseillé l'arsenic et le phosphore.

« En réalité, il n'existe pas un traitement interne du fibrome lui-même, il n'y a qu'un traitement purement symptomatique. Le médecin prescrira l'ergotine, l'hydrastis, le viburnum, dans les hémorragies; le bromure, l'opium, l'antipyrine, dans les douleurs. Mais aucun agent médicamenteux ne permet à celui qui le prescrit de faire espérer la disparition de la tumeur.

« A côté de ces traitements, nous devons ranger une méthode plus récente, mais plus digne d'attention par les résultats incontestables qu'elle procure, nous voulons parler du *traitement électrique* des fibromes. » (Ricard.)

Parmi les méthodes médicamenteuses, il convient encore de citer les injections intra-utérines.

Les instillations de quelques gouttes de chlorure de zinc dans la cavité utérine sont souvent un bon traitement symptomatique de l'hémorragie, mais elles ne sont pas régulièrement fidèles et présentent l'inconvénient d'être difficiles à appliquer; faites à trop faible dose, elles n'agissent pas : la substance active est entraînée par le flux sanguin; faites en trop grande quantité, elles risquent d'être dangereuses. Aussi les chirurgiens leur préfèrent le curettage dans l'immense majorité des cas.

Tout autre est l'efficacité des injections intra-utérines de savon ioduré imaginées par Tripier. Cette méthode facile à appliquer, à peine ou pas du tout dangereuse, présente des avantages remarquables et il y a lieu de s'étonner et de regretter que son usage ne se soit pas vulgarisé; outre une action symptomatique indéniable (pour notre part, nous avons eu l'occasion de rencontrer un certain nombre de malades qui, grâce à elle, avaient vu disparaître tous les troubles occasionnés par leur affection), elle jouirait d'une

action atrophique marquée sur le fibrome, et quelques observations publiées par son auteur semblent ne laisser aucun doute à cet égard.

Mais ce procédé a d'abord l'inconvénient d'exiger souvent un traitement fort long; c'est parfois durant des mois et des mois que les patientes doivent s'y soumettre deux et trois fois par semaine; d'un autre côté Apostoli, qui l'avait largement expérimenté alors qu'il était chef de Clinique de Tripier, lui préfère les applications du courant continu : plusieurs des observations publiées dans cette thèse démontrent que les galvano-caustiques demandent un moins grand nombre de séances et agissent plus rapidement et plus complètement.

Agents physiques. — Les grandes irrigations vaginales chaudes possèdent une action marquée sur les hémorragies et les troubles congestifs; mais, si elles procurent souvent un bénéfice réel, il est des cas où elles ne réussissent pas, même lorsqu'elles sont indiquées; il est d'autre part des cas, comme les fibromes douloureux sans hémorragie, les fibromes accompagnés d'endométrite, où elles ne répondent à aucune indication thérapeutique. Aussi, malgré leur valeur en certaines circonstances, ne méritent-elles que le rang d'expédients momentanés.

La kinésithérapie, préconisée en France par M. Stapfer, mérite certainement un rang plus élevé à cause de son action marquée sur l'état général.

C'est surtout au mouvement de gymnastique qu'il faut avoir recours, on obtient une sédation marquée et des hémorragies et des troubles liés à des phénomènes congestifs; mais, d'après M. Stapfer, il n'y a aucune influence sur le volume de la tumeur et les résultats ne peuvent être considérés comme durables.

Il en est à peu près de même de la sismothérapie; le D^r Jayle a appliqué à l'hôpital Pascal les vibrateurs mécaniques au traitement de diverses affections génitales : dans le fibrome, il a obtenu très rapidement la cessation des hémorragies et des douleurs, d'après le travail qu'il a publié (*De la Sismothérapie mécanique en gynécologie*, par MM. F. Jayle et de Lacroix de Lavalette. — *Revue de Gynécologie*, n° 4, Août 1899).

Mais nous doutons que pour la durée des résultats elle puisse être comparée avec la méthode électrique; de plus comme il ne s'agit que d'une action à distance, ce procédé se prive de toute influence directe sur la muqueuse. M. Jayle pense que le seul traitement rationnel du fibrome est l'extirpation, dont il ne dissimule pas d'ailleurs la gravité et, dans la plupart de ses observations, il a

adjoind à la sismothérapie d'autres méthodes thérapeutiques; en particulier l'usage des médicaments internes.

Quant aux cures thermales, elles donnent parfois des résultats incontestables, mais ont le tort, d'une part, de ne pouvoir être appliquées aux malades de toutes les classes sociales, d'autre part, de ne pas donner de résultats constants : les eaux de *Salins*, de *Salies de Béarn*, de *Biarritz*, qui ont été surtout préconisées, agissent la plupart du temps plutôt dans les formes douloureuses avec poussées congestives et troubles vasculaires généralisés.

Enfin leur effet, même dans les cas où il est marqué, ne semble pas très-durable. Citons encore à ce propos l'opinion de Thomas Keith : « Je n'ai jamais constaté aucun bénéfice permanent des cures répétées aux stations minérales..... s'il y a amélioration on peut la mettre avec autant de raison sur le compte du changement de milieu » (*British medical journal*, 8 juin 1889).

Quoi qu'il en soit, et quoique nous pensions que les divers agents physiques modifient surtout les phénomènes circulatoires, à la façon de divers procédés électriques dont nous allons parler, nous croyons qu'il y a en eux des ressources précieuses dont on tirerait partie avec fruit si l'on ne pouvait avoir recours aux galvano-caustiques.

Procédés électriques. — On a essayé contre le fibrome tous les procédés d'électrisation : les applications de *courant continu constant à faible dose, à localisation extra-utérine*, etc., ne diffèrent de la méthode d'Apostoli que parce qu'elles se privent d'une partie de ses effets; il est donc inutile de nous y arrêter.

Les applications de *courant continu interrompu* ou du *courant continu avec inversions* agissent surtout sur la circulation et sur la contractibilité musculaire (le but recherché par Chéron est l'anémie de la tumeur).

Rien n'autorise à admettre jusqu'à plus ample informé qu'elles se distinguent des faradisations à gros fil, autrement que par quelques légères différences dans les sensations subjectives des patientes et dans la forme de la courbe de la contraction des fibres utérines.

La *faradisation* a été étudiée par Tripier qui lui reconnaît une action marquée, en séance très courte, contre l'hémorragie, action passagère d'ailleurs, et une influence manifeste sur les phénomènes circulatoires.

Apostoli a largement expérimenté :

1° Le *sinusoïdal*, qu'il a trouvé très utile contre la douleur, inefficace au point de vue anatomique sur le volume de la tumeur, et présentant contre l'hémorragie un rôle nul ou parfois défavorable;

2° L'*ondulatoire*, qui, au point de vue douloureux et anatomique, a donné la même réponse que le sinusoïdal, mais avait sur l'hémorragie une influence souvent favorable, bien moins marquée cependant que les galvano-caustiques.

Méthodes palliatives chirurgicales. — La dilatation du col et le débridement du canal cervical sont actuellement abandonnés.

Le seul procédé de cet ordre consiste dans le curettage de la cavité utérine.

Ici encore, nous croyons à la supériorité incontestable de la méthode Apostoli, pour les raisons suivantes :

1° Le curettage ne s'applique qu'à certains fibromes, les fibromes hémorragiques.

2° La galvano-caustique est notablement plus facile à appliquer.

3° Elle s'applique à un bien plus grand nombre de fibromes que le curettage.

4° Elle présente des résultats beaucoup plus durables. « Le curettage de la cavité utérine, qui est une opération bénigne quand elle est faite avec soin, donne les meilleurs résultats, mais ils sont bien rarement durables et ne se prolongent guère au delà de quelques périodes menstruelles », a dit Thomas Keith (*British medical journal*, 8 juin 1889), en donnant de beaucoup la préférence aux galvano-caustiques.

5° Elle peut être appliquée autant de fois qu'il est besoin sans inconvénient.

6° Elle a une influence plus ou moins marquée selon les cas, mais presque constante sur l'évolution de la masse fibreuse.

Nous ne parlerons pas ici de la castration, qui, devant l'innocuité progressive du traitement radical, perd chaque jour du terrain et n'a plus que d'exceptionnels partisans.

Supériorité de la méthode d'Apostoli. — Résumons rapidement les avantages des galvano-caustiques intra-utérines sur les traitements précédents.

1° La méthode d'Apostoli présente une supériorité marquée au point de vue de l'efficacité sur les procédés pharmaceutiques.

2° Elle est plus rapidement efficace et exige un traitement moins long que les injections pâteuses de Tripier qui mériteraient cependant une place plus importante dans la thérapeutique.

3° Elle ne présente pas seulement une action circulatoire directe ou réflexe comme les injections chaudes, la méthode de Stapfer, la méthode de Jayle ou les procédés électriques autres que les galvano-caustiques.

4° Elle est facile à appliquer pour le médecin et n'exige des

malades aucun changement dans leur genre de vie, ce qui la distingue du curettage et des cures thermales.

3° Elle fournit la plupart du temps des résultats durables.

C'est qu'en effet cette méthode, judicieusement employée, présente une gamme d'effets variés qui permettent de l'utiliser contre des états symptomatiques très dissemblables. C'est que, d'autre part, elle agit à la fois sur tous les phénomènes qui manifestent la présence du fibrome : troubles circulatoires, métrite concomitante, hémorragie, état général.

C'est qu'enfin elle a une action sur la marche du processus pathologique.

Aussi pouvons-nous conclure que la méthode d'Apostoli est de beaucoup le plus actif des procédés conservateurs, et dire avec Ricard (*loco citato*) :

« C'est de tous les traitements palliatifs celui qui donne les résultats les meilleurs et les plus durables. »

Cette supériorité fut surtout évidente lorsque les galvano-caustiques commencèrent à se répandre : « D'une façon générale, dit Thomas Keith, les fibromes que nous avons eu à traiter au début, étaient de grandes tumeurs anciennes, le stock des incurables de tout le monde; cas dans lesquels on avait déjà tout essayé pour arrêter le sang : nombreux curettages, ergot pris pendant des années, toutes sortes de drogues et de traitements administrés l'un après l'autre, et enfin, pour celles qui en avaient le moyen, d'interminables et inutiles pèlerinages à Kreuznach » (*British medical journal*, 14 février 1891).

En effet Skine Keith avait fait à la Société de Brighton (séance du 3 mai 1888), la déclaration suivante : Il a soigné avec son père 92 cas de fibrome depuis juin 1887, « sans vouloir entrer dans le détail, en règle générale les résultats ont été extrêmement satisfaisants. Sur ces 92 femmes, 76 avaient déjà été soignées plus ou moins par les traitements ordinaires, sans en avoir retiré un bénéfice marqué. »

CHAPITRE III

DISCUSSIONS DES OBJECTIONS

Nous allons formuler les objections qui ont été, ou pourraient être faites à la méthode Apostoli, et discuter successivement chacune d'elles.

1° *L'application de la méthode offre trop de difficultés.*

Il y a à considérer les difficultés pour le médecin et les difficultés pour la malade.

Pour le médecin, il est évident qu'il devra avoir à sa disposition un matériel assez complet; mais ce matériel n'est ni si compliqué, ni si coûteux qu'il soit un obstacle sérieux à la diffusion du procédé.

D'autre part, « on doit protester avec énergie contre l'opinion qui a été émise et d'après laquelle ce traitement ne peut être mis en œuvre que par un électricien de profession » (Playfair, *Société de Brighton*, 3 mai 1888).

Une connaissance approfondie de l'électricité est certainement nécessaire pour faire de l'expérimentation, modifier les procédés, etc. Mais si l'on veut s'en tenir à la technique exacte d'Apostoli et au manuel opératoire qu'il a décrit dans tous ses détails, « tout étudiant intelligent peut l'apprendre en une demi-heure » (*loco citato*).

Par contre le diagnostic, l'étude des contre-indications, l'introduction de la sonde demandent une expérience sérieuse de la gynécologie; mais on ne saurait faire de ce dernier point une objection sérieuse contre la méthode : pour se permettre de traiter une maladie, il faut, quel que soit le procédé employé, être suffisamment expert pour dire quelle est cette maladie, et être au courant des diverses manœuvres utilisables pour l'examen.

Pour la malade ce traitement a l'inconvénient d'être un peu long; mais si on veut bien mettre en parallèle le dérangement causé par les 20 ou 30 séances qui sont dans la majorité des cas le grand maximum employé, avec les quelques semaines de lit que nécessite une opération ou avec le déplacement exigé par les cures thermales, on voit qu'en réalité il n'exige pas de la patiente de si grands efforts, d'autant plus qu'il lui permet de continuer toutes ses occupations et de ne rien changer à sa vie ordinaire.

2° *Les galvano-caustiques intra-utérines sont dangereuses.*

Laissant de côté les dangers qui sont inhérents à l'opérateur (faute d'aseptie, brutalité, maladresse, inexpérience, erreur de diagnostic, méconnaissance des contre-indications que nous exposerons au chapitre suivant), ou à la malade (excès de travail, rapports sexuels à la suite des séances, etc.), dangers qui sont les mêmes avec tous les procédés et que l'observation des règles tracées par Apostoli permet d'éviter, ne nous occupons que des craintes que peut inspirer la méthode en elle-même.

Son siège intra utérin fut au début un épouvantail ; mais depuis, les gynécologues sont devenus plus audacieux et il n'y a aucun praticien qui hésite à introduire l'hystéromètre chaque fois qu'il le juge nécessaire, par exemple pour éclairer son diagnostic.

Les hautes intensités sont encore aujourd'hui suspectes, pour un grand nombre, mais l'expérience journalière de l'électrothérapie démontre que l'organisme supporte parfaitement des doses électriques considérables sans aucune espèce de dommage, à la condition qu'on observe scrupuleusement les deux préceptes suivants :

1° Éviter toute secousse dans le débit du courant ;

2° Garantir la peau, au point du contact des électrodes contre toute action électrolytique.

Pour notre part, sur les conseils d'Apostoli, nous avons maintes fois dans des affections diverses fait des applications à aussi haute dose que l'épiderme pouvait le tolérer (125 m.A. durant 10' sur la colonne vertébrale dans un cas) et nous n'avons assisté à aucune espèce d'accident ou d'incident.

Résulte-t-il du siège intra-utérin de ces hautes intensités des dangers spéciaux ? A cela il faut répondre catégoriquement.

Oui, si on agit aveuglément, si sans avoir procédé par étapes successives, sans avoir tâté la tolérance et la sensibilité de la malade comme nous l'avons indiqué précédemment, on applique d'emblée à un utérus, dont la périphérie est douteuse, une médication brutale et trop énergique. Les plus graves accidents peuvent résulter d'une telle pratique.

Non, si après avoir établi un diagnostic aussi précis que possible, on procède suivant la technique recommandée par Apostoli, si l'on n'administre qu'une dose utérinement supportable, et que les séances précédentes ont permis d'élever peu à peu au fur et à mesure que la tolérance manifestée par la malade assurait de l'innocuité d'intensités plus élevées.

Si la méthode est rigoureusement appliquée selon les principes de son auteur, elle n'est et ne doit pas être dangereuse.

Au surplus laissons parler les faits. En 1891, la Société de médecine pratique de Paris nommait une commission spéciale, présidée par M. Porack, pour étudier « les accidents possibles de la galvano-caustique intra-utérine dans le traitement des tumeurs fibreuses ». Le rapporteur, M. Baraduc, réunit plus de 2000 cas traités par la méthode d'Apostoli et ayant subi plus de 30000 séances de galvano-caustiques. Il était venu à sa connaissance « 10 cas de mort et dans le monde entier et 10 accidents péritonéaux non mortels par maladie des annexes ».

Pour les accidents survenus à Paris et sur lesquels seuls il fut possible de faire une enquête complète, ils se répartissaient ainsi :

Accidents dus à d'autres médecins :

Mortels, 2 cas : 1 faute d'antiseptie; 1 maladie des annexes méconnue.

Non mortels, 2 cas : 1 faute d'antiseptie; 1 péritonite à la suite d'une marche faite dans la neige sitôt après la séance.

Accidents dus à Apostoli :

Mortels, 3 cas : 2 ponctions trop profondes; 1 erreur de diagnostic (kyste de l'ovaire multiple pris pour un fibrome; « il n'y eut peut-être, d'après M. Terrillon, dans le service duquel le fait se passa, qu'une coïncidence entre la mort et le traitement électrique »).

Non mortels : 2 crises de péritonite chez des hystériques, 2 perforations de la vessie par des galvano-punctures.

Et M. Baraduc, faisant remarquer que ces faits « ont été loyalement publiés par Apostoli », conclut que la méthode ne présente pas « le caractère dangereux dont on l'a qualifié, en tenant compte toutefois que cette opération doit être judicieusement conseillée et habilement pratiquée, et qu'elle constitue une opération spéciale de gynécologie ».

Pour ce qui est des décès survenus à l'étranger, ceux pour lesquels il a été possible d'obtenir des renseignements semblent dus également soit à des fautes d'antiseptie, soit à des incorrections dans la technique, soit à des erreurs de diagnostic (voir en particulier : — Apostoli : *Revue internationale d'électrothérapie*, juillet 1891 — au sujet des cas de Liverpool et de Glasgow).

Remarquons d'ailleurs que :

a) Les méthodes antiseptiques étaient beaucoup moins entrées dans les mœurs médicales avant 1891 que maintenant et que de ce fait un grand nombre d'accidents constatés à cette époque ne se produiraient plus aujourd'hui.

b) La pratique de l'électrothérapie gynécologique était encore

de diffusion trop récente pour être connue dans tous ses détails. Beaucoup d'opérateurs non suffisamment prémunis contre les dangers d'une telle manière de faire, appliquaient trop rapidement de hautes intensités dans le but d'obtenir un résultat plus rapide. La plupart des accidents relatés dans les statistiques publiées depuis sont d'ailleurs, comme en font foi les nombreux documents recueillis par Apostoli dans les *Travaux d'Electrothérapie gynécologique*, imputables à la même cause, en particulier à l'emploi trop aveugle et trop brusque de hautes intensités négatives.

Ces faits, loin d'être un argument contre la méthode, sont au contraire une preuve de la nécessité absolue de suivre exactement les règles formulées par son auteur au sujet de la technique.

c) Les galvano-punctures ont produit au début des mécomptes; mais le manuel opératoire perfectionné par Apostoli, notamment en ce qui concerne leur localisation (opérer toujours dans le cul-de-sac postérieur sur une masse utérine nettement perceptible), leur profondeur (jamais plus de 1 centimètre), leur instrument (trocart fin et *isolé* presque jusqu'à sa pointe), ont fait à l'heure actuelle disparaître toute espèce de gravité dans ces sortes d'intervention.

Aussi, pouvons-nous conclure que telle qu'elle est présentée par Apostoli, la méthode est à l'heure actuelle exempte en elle-même de dangers et que, comme le disait Spencer Wells (Société médicale de Brighton, 3 mai 1888), « le danger ne réside pas dans la méthode, il est avec l'opérateur lui-même », s'il se montre inexpérimenté ou imprudent.

3° *La prétendue efficacité de la méthode n'est due qu'à des erreurs d'appréciation.*

Au point de vue symptomatique, c'est une opinion courante (et nous l'avons entendu émettre dans ses conférences par l'un des plus distingués gynécologistes des Hôpitaux de Paris) que l'électricité ne produit pas, sauf en ce qui concerne l'action hémostatique de la cautérisation, des résultats par elle-même. Si la malade va mieux, elle le doit, non au traitement, mais à ce fait qu'elle est soignée; on la surveille, on lui fait prendre des soins hygiéniques, on lui fait garder le repos, on lui ordonne des injections, etc. En un mot l'électrothérapeute la guérit parce qu'il est médecin et non grâce à un procédé particulier.

A cela, nous répondrons, sans invoquer le témoignage des très nombreux praticiens qui ont usé de l'électrothérapie (rappelons seulement l'opinion de Thomas Keith, citée plus haut, sur la plupart des traitements conservateurs), par l'exemple journalier des faits observés à la Clinique d'Apostoli :

D'une part aucune de nos malades n'est hospitalisée et, toutes, elles continuent leurs occupations habituelles; la plupart appartiennent à la classe besogneuse et pour beaucoup le traitement est au contraire l'occasion d'un surcroît de fatigue à cause du déplacement (course en omnibus ou à pied), et à cause de la perte du temps qui les oblige à un supplément de travail.

D'autre part, elles se présentent presque toutes ayant déjà consulté, elles ont souvent essayé des traitements classiques et dans la plupart des cas, se sont déjà soumises à des prescriptions hygiéniques.

Enfin, jamais durant leur traitement à la clinique, elles ne sont soumises à aucune autre médication que l'électrothérapie, et les conseils que nous leur donnons sont uniquement ceux qui sont nécessaires pour éviter tout danger sous l'influence de ce traitement.

Au point de vue anatomique. En ce qui concerne le diagnostic, il est évident que le jugement des électrothérapeutes est, comme tout jugement humain, soumis à l'erreur, et qu'il doit y avoir un certain nombre de cas considérés comme fibromes et qui n'en étaient pas en réalité.

Mais il faut faire remarquer que : 1° parce qu'il use d'une méthode conservatrice qui lui permet de revoir ses malades et de contrôler ultérieurement son impression première; 2° parce qu'il applique les galvano-caustiques, médication nécessitant chaque fois le toucher vaginal, l'électricien est à même d'éviter toute cause d'erreur. Aussi, admettons-nous que lorsqu'un praticien quelque peu expérimenté a fait un diagnostic qu'il maintient par la suite, après avoir été forcé de pratiquer l'examen digital une à deux fois par semaine, ce diagnostic est exact dans l'immense majorité des cas.

Les erreurs dans l'appréciation des résultats anatomiques peuvent tenir soit à l'hystérométrie, soit au toucher.

Hystérométrie. — Chez certaines femmes, l'hystérométrie est plus ou moins difficile suivant la période du mois, les poussées congestives, les phénomènes spasmodiques, etc.

On peut donc dire que dans bien des cas, il ne suffit pas que l'hystérométrie ne puisse plus être aussi profonde que par le passé pour affirmer que la cavité utérine a diminué. Mais lorsqu'on voit chez une malade régulièrement soignée, chez laquelle l'opération est fréquemment répétée, l'hystérométrie diminuer pas à pas et insensiblement, on est en droit d'admettre que c'est bien une amélioration anatomique qui se manifeste, surtout si on a employé les

applications négatives qui rendent l'introduction de plus en plus facile à chaque nouvelle séance.

Toucher. — Le toucher peut faire confondre des exudats péri-utérins avec un fibrome, il peut donner sous l'influence de diverses circonstances (poussées congestives, etc.) des notions fausses sur le volume de la tumeur et faire conclure à une diminution de son diamètre, alors qu'en réalité il y a eu simplement régularisation des phénomènes vasculaires.

Mais d'une part les examens répétés auxquels il est obligé par le traitement même permettent à l'électrothérapeute de connaître parfaitement et de suivre l'évolution de ces sortes de phénomènes; d'autre part, grâce à son expérience et des autres procédés électriques et des autres maladies de l'utérus, il est plus à même que personne de se rendre compte des variations de cette nature. Voici, à ce sujet, ce qu'a écrit Tripier en parlant du procédé électrique qui a certainement l'action immédiate la plus marquée sur les congestions et stases sanguines : « Par l'application répétée de courants induits de moyenne tension, on obtient en effet, avec un notable amendement des symptômes, une diminution de volume de la tumeur, souvent très appréciable au toucher au bout de dix à quinze jours; mais, en persévérant, on ne fait plus aucun progrès sensible, *ce qu'on avait obtenu n'était que la résolution d'engorgements péri-utérins* » (Une nouvelle classe de topiques intra-utérins, *Bulletin général de thérapeutique*, 1880).

Il est bien difficile pour celui qui manie habituellement les courants, soit faradique, soit ondulatoire ou sinusoïdal, de confondre une résolution de ce genre avec une régression du volume.

4° *Tout utérus non perméable contre-indique l'opération.*

« C'est, au contraire, une circonstance qui commande l'intervention, parce qu'elle est souvent la cause d'accidents multiples de dysménorrhée; c'est alors qu'une galvano-caustique négative s'impose pour restituer au canal son calibre normal » (Apostoli).

D'autre part, la galvano-puncture a été précisément imaginée pour servir dans les cas où le canal est absolument impossible à retrouver.

5° *La différence entre l'action des deux pôles n'est pas aussi nette que vous le prétendez.*

Cette objection formulée par Tripier est en contradiction avec les faits observés dans l'électrolyse des angiomes; elle est également en contradiction avec les résultats fournis par l'expérience suivante facile à réaliser : Après avoir pratiqué des scarifications sur le col utérin on fait une application positive sur une lèvre et une appli-

cation négative sur l'autre lèvre; on se rend alors parfaitement compte de la différence d'action des deux pôles.

L'opinion de Tripier peut s'expliquer d'ailleurs par un certain nombre de faits : 1° l'électrode est beaucoup plus adhérente quand on emploie le pôle positif, aussi risque-t-on beaucoup plus facilement de produire un traumatisme lorsqu'on retire la sonde après une application positive qu'après une application négative; 2° le pôle négatif est hémostatique d'une façon médiate comme nous l'avons vu précédemment; 3° dans le cas où le fibrome est accompagné d'une endométrite hémorragique avec hypertrophie de la muqueuse, le pôle négatif qui est plus destructeur amène une élimination plus rapide que le positif de cette muqueuse, d'où effet hémostatique plus marqué dans ce cas particulier.

6° *La rétractibilité des cicatrices est une contre-indication à l'emploi du pôle positif.*

Durant le traitement, il est tout à fait exceptionnel d'observer une atrésie du col utérin; mais cette atrésie survient en effet dans un certain nombre de cas durant les années suivantes. Il est d'ailleurs très rare qu'elle s'accompagne de dysménorrhée.

En tout cas, quelques séances (et le plus souvent une seule séance de galvano-caustique négative) suffisent pour y remédier.

7° *Le traitement est une cause de stérilité ultérieure.*

Cette objection faite au début de l'expérimentation de la méthode avait été considérée alors comme sans valeur, car il serait bien préférable pour beaucoup de femmes atteintes de fibrome de devenir stériles. Mais les faits sont venus montrer que l'application de la méthode Apostoli n'empêchait point une fécondation.

« M. Apostoli, à qui l'on doit tant pour le traitement électrique des maladies des femmes, a pu suivre un certain nombre de malades qu'il avait soignées et montrer que les suites du traitement électrique ne sont pas celles que l'on avait annoncées au hasard. Cet observateur a pu retrouver (en 1894) 80 de ses malades chez qui une grossesse ultérieure a été relevée. Ce nombre de 80 est considérable si l'on remarque que l'âge moyen des femmes à qui s'adresse le traitement électrique est assez avancé » (Bordier, *Précis d'électrothérapie*, page 466).

CHAPITRE IV

CONTRE-INDICATIONS

Quels que soient les avantages des galvano-caustiques intra-utérines, l'expérience a démontré qu'en certains cas cette médication pouvait devenir ou inutile ou dangereuse, ce qui peut tenir soit au fibrome lui-même, soit à une affection concomitante.

a) *Contre-indications tirées du fibrome lui-même.* — Au point de vue histologique, il faudra abandonner la méthode électrique, comme d'ailleurs toute méthode conservatrice, chaque fois que l'on craindra une dégénérescence soit sarcomateuse de la tumeur, soit carcinomateuse de la muqueuse. L'électricité, jusqu'à présent, n'a pas donné dans ces affections de résultats satisfaisants et malgré des observations favorables, exceptionnelles d'ailleurs, publiées par quelques auteurs, Apostoli croit l'électricité plutôt nuisible et capable d'accélérer la marche de la maladie par une irritation intempestive.

On a essayé de préciser les formes de fibrome où conviendrait plus particulièrement l'électricité (fibromes mous, fibromes durs, — prédominance du tissu fibreux ou du tissu musculaire, etc.), mais comme les observateurs ne sont pas d'accord dans leurs conclusions, il y a lieu d'attendre pour se prononcer, et cela d'autant plus que cliniquement il est impossible le plus souvent d'avoir une opinion exacte sur ce genre de diagnostic : par exemple, un fibrome très dur, mais entouré d'un exsudat péri-utérin, simulera un fibrome mou.

En tous cas, les expérimentateurs reconnaissent en général que le courant galvanique ne semble pas modifier les fibromes kystiques; bien au contraire, son usage ne serait pas à l'abri de tout danger, l'ouverture d'une poche kystique, à la suite de la chute d'une eschare, pouvant être le point de départ de phénomènes septiques.

Le Dr Lebec (Congrès de chirurgie, 1889) a présenté 3 cas de *guérison* de tumeur fibro-kystique qui démontrent les risques très grands auxquels expose le traitement dans ces sortes d'affections.

Au point de vue symptomatique, il semble que les fibromes qui s'accompagnent d'ascite ne bénéficient pas non plus du traitement, mais il faut pour cela que l'ascite soit d'une certaine abondance, et

dans ces cas, il y a véritablement lieu de se demander si on n'a pas affaire à une dégénérescence, car de légers troubles ascitiques, loin d'être un obstacle à l'application de la méthode, disparaissent sous son influence.

Certains observateurs ont enfin signalé l'inefficacité du procédé d'Apostoli dans les fibromes accompagnés d'hydrorrhée considérable. En tous cas, de même que l'ascite, l'hydrorrhée, si elle est faible, ne modifie en rien les conditions générales du traitement et est amendée comme les autres symptômes. Il y a lieu de remarquer ici qu'au moment de la cessation des hémorragies sous l'influence des galvano-caustiques, il se produit parfois une hydrorrhée abondante qui d'ailleurs n'est pas de longue durée et qui ne comporte aucun pronostic fâcheux pour la continuation des séances.

En ce qui concerne la localisation anatomique de la tumeur, les résultats les plus marqués sont observés en général dans les fibromes *interstitiels*, qui, en raison de leur situation, sont traversés par une très grande partie, sinon par la totalité du courant.

Les masses *sous-péritonéales* sont évidemment moins faciles à atteindre; mais, étant donnée la diffusion du courant, même si elles sont très pédiculées, elles sont traversées par une certaine quantité d'électricité.

Aussi, ne peut-on dire qu'elles contre-indiquent l'emploi du traitement, il faut s'attendre seulement à ce que celui-ci demande un temps plus long.

En ce qui concerne les masses sous-muqueuses et surtout le polype, les avis sont partagés. Tandis que certains, en tête desquels il faut inscrire La Torre (de Rome), s'y montrent les partisans enthousiastes de la méthode d'Apostoli, beaucoup la proscrivent entièrement.

Nous pensons que la vérité se trouve dans un juste milieu; il y a un grand nombre de polypes nettement pédiculés qu'il est relativement facile de faire tomber en localisant l'action d'un courant assez intense sur leur pédicule (on se servirait alors de l'électrode en charbon appliquée au point d'implantation); mais dans ces cas l'extraction chirurgicale est tout ce qu'il y a de plus facile, aussi peut-on considérer qu'il est indifférent de choisir l'un ou l'autre procédé, et qu'il y aura surtout alors à tenir compte des préférences du médecin et des préférences de la malade.

Par contre, lorsque la tumeur est peu pédiculée ou qu'elle fait seulement saillie dans une cavité considérablement augmentée de volume et dont les parois présentent une vaste surface à cautériser, il est certain que l'emploi de l'électricité donne des résultats beau-

coup moins brillants; mais comme, d'autre part, c'est à une hystérotomie ou même à une hystérectomie qu'il faudrait recourir chirurgicalement, on peut essayer de faire des galvano-caustiques qui atténueront ou même suspendront l'hémorragie, et hâteront considérablement l'énucléation du polype. Même dans ces cas, nous ne pensons pas qu'il faille renoncer aux bénéfices du courant : si son emploi n'est pas rapidement victorieux des phénomènes pathologiques, il sera toujours temps de recourir à une opération : les hémorragies ne seront pas trop abondantes durant la période d'essai et la situation anatomique sera probablement devenue plus favorable pour l'intervention.

Mais il est un cas où *l'usage de l'électricité est formellement contre-indiqué* : c'est le cas de sphacèle de la masse polypeuse. Toutes les fois, en effet, que l'on constate ou que l'on craint la mortification soit d'un polype, soit d'une partie quelconque de l'utérus, il faut procéder immédiatement à l'ablation des tissus nécrosés. Le sphacèle des masses polypeuses semble se produire plus facilement sous l'influence du traitement électrique que si on laisse l'affection évoluer spontanément. Ce fait est peut-être dû en partie au traumatisme occasionné par le traitement, mais il doit tenir surtout aux contractions du muscle utérin qui étranglent les vaisseaux du pédicule et privent la tumeur de ses moyens de nutrition.

Il faudrait également s'abstenir du traitement par les galvano-caustiques dans les cas de torsion du pédicule d'une masse sous-péritonéale.

b) Contre-indications tirées de la périphérie utérine. — Nous avons vu précédemment que lorsque la périphérie utérine présentait une inflammation aiguë, les applications de courants continus provoquaient, si elles atteignaient une certaine intensité, une réaction plus ou moins vive et fébrile. C'est dire que ces applications sont absolument contre-indiquées et qu'il faut les suspendre immédiatement.

Il faut d'ailleurs savoir que les lésions avec lesquelles se produisent les réactions de ce genre sont non seulement les inflammations aiguës avec suppuration ou tendance à la suppuration, mais aussi les collections purulentes enkystées qui ont pu prendre un caractère plus ou moins chronique. A moins qu'elles ne soient de date très ancienne, auquel cas la virulence s'est probablement atténuée, elles manifestent leur existence par une poussée fébrile à la suite du passage du courant.

D'ailleurs avec ces collections, il y aurait à craindre non seulement la réaction thermique, mais aussi la rupture de la poche

sous l'influence des contractions déterminées par la séance.

Remarquons d'ailleurs que les dangers auxquels on exposerait la malade en usant de la méthode, même si on méconnaissait complètement une suppuration annexielle, se réduisent à néant, lorsqu'on veut bien appliquer dans toute leur rigueur, les préceptes d'Apostoli relativement à la prudence nécessaire au début de tout traitement.

Loin d'avoir des inconvénients, l'électricité bien maniée présentera dans ces cas l'avantage d'éclairer et de compléter le diagnostic.

Les kystes de l'ovaire, dont le seul traitement rationnel est l'extirpation, supportent également assez mal le courant (mais sans réaction fébrile toutefois) et il n'y a aucun intérêt, sauf des indications spéciales, à s'attarder dans des méthodes conservatrices, puisqu'il faudra toujours recourir à une intervention chirurgicale. En résumé, le traitement peut être commencé dans tous les cas, sauf en présence d'un *cancer*, d'*accidents de sphacèle*, de *torsion de pédicule*, de *suppuration manifeste*.

En toute autre circonstance, bien manié, il sera sans danger et l'histoire ultérieure de la malade indiquera s'il peut être continué et si l'on est en droit d'en attendre des résultats favorables.

CHAPITRE V

CONDUITE A TENIR EN FACE D'UN FIBROME

Nous inspirant de l'article de Ricard (*Gazette des Hôpitaux*, 23 juillet 1898) et du rapport de Schauta au congrès d'Amsterdam en 1899, nous diviserons les fibromes en trois classes :

Ceux qui ne doivent pas être opérés ;

Ceux qu'on peut opérer ;

Ceux qu'on doit opérer.

I. Les fibromes qu'on *ne doit pas opérer* sont ceux qui, ou bien sont absolument silencieux et dont on ne découvre la présence que par hasard, ou bien ne donnent lieu qu'à des symptômes insignifiants.

Dans ces cas, il faudra surtout surveiller les malades, la prescription de quelques règles hygiéniques est suffisante ; mais il est nécessaire de procéder de temps à autre à un examen pour s'assurer que la tumeur n'a pas de tendance à s'accroître trop rapidement. Si on constatait une augmentation de volume ou si quelques symptômes devenaient gênants, quelques séances de galvano-caustiques suffiraient le plus souvent comme traitement symptomatique et comme traitement préventif.

II. *On peut opérer* les fibromes qui présentent une marche rapide dans leur développement et ceux qui occasionnent des symptômes sérieux.

Mais, étant donnés les résultats symptomatiques que donne presque constamment la méthode d'Apostoli, étant donné que cette méthode arrête presque toujours l'accroissement de la néoplasie, toutes les fois que l'on sera suffisamment outillé, il faudra essayer avant tout son application.

A ce propos, il est bon de prémunir les praticiens contre quelques causes d'insuccès que nous allons rapidement exposer.

1° Il ne faut être ni trop timide, ni trop faible, ce qui empêche tout effet thérapeutique rapide.

2° Il ne faut pas faire de séances trop rapprochées ou trop longues, les congestions répétées produites par chacune d'elles pouvant entraîner des congestions utérines ou péri-utérines supplémentaires.

3° Il faut s'assurer que l'hystérométrie a été faite bien complètement ; lorsqu'une endométrite hémorragique accompagne le fibrome, ce n'est en effet qu'au prix d'une cautérisation aussi totale que possible de la muqueuse qu'on arrêtera l'hémorragie. Il arrive d'ailleurs parfois que, par suite soit d'atrésie, soit de courbure dans le canal utérin, l'hystérométrie n'atteint qu'une portion de ce canal ; il arrive également que la cavité étant augmentée de diamètre, la sonde de platine touche seulement une des parois. Ce sont là des faits qu'il faut connaître pour y remédier et qui, en particulier, expliquent le plus souvent la continuation de l'hémorragie, malgré un traitement bien appliqué en apparence.

4° Il faut toujours faire toutes les manœuvres opératoires avec la plus grande douceur, le traumatisme de la muqueuse pouvant annihiler les effets salutaires du traitement au moins momentanément.

5° On doit avoir une certaine persévérance, les premières séances ne peuvent être faites à doses assez fortes, elles n'ont pas été pratiquées avec une hystérométrie suffisante, etc., toutes choses que

l'on corrigera dans les séances suivantes. « C'est la cause d'insuccès la plus fréquente de toutes : on n'a pas poursuivi l'application du médicament assez longtemps. J'ai été frappé, du reste, dans toutes les applications électriques, du peu de persévérance des médecins qui n'appliquent pas spécialement l'électricité; je dois les mettre en garde contre cette vitesse thérapeutique. » (Apostoli.)

Il est d'ailleurs des cas, rares, croyons-nous, où le traitement électrique échoue, sans qu'il soit possible d'en déterminer la raison.

On doit également opérer tous les fibromes qui rentrent dans les catégories que nous avons énumérées au chapitre des contre-indications.

Mais, chaque fois qu'il y a échec apparent, il y a toujours lieu de se demander, avant de conclure à l'inefficacité de la méthode dans le cas particulier, s'il n'y a pas une cause provenant soit d'une faute opératoire, soit d'une erreur de diagnostic, soit d'une imprudence de la malade.

III. *On doit opérer* les fibromes de la classe précédente qui ont résisté au traitement électrique.

Très souvent, l'opération permettra de reconnaître qu'il y avait une raison à cet échec. C'est ainsi que durant une absence du Dr Apostoli, une malade vint nous consulter pour des hémorragies incoercibles dues à un fibrome. Des applications de galvano-caustiques faites selon toutes les règles ne procurèrent aucun résultat marqué; la malade entra alors dans un hôpital où on diagnostiqua également un fibrome et où l'on pratiqua un curettage.

Cette opération eut tout aussi peu de succès que la médication électrique et dix jours après on était obligé de pratiquer l'hystérectomie. On trouva alors accolée à un utérus fibromateux en un point inaccessible au toucher, une tumeur kystique de l'ovaire, qui, vraisemblablement, était par action réflexe la cause des hémorragies; la muqueuse n'était évidemment pas en cause, puisque le curettage avait été absolument impuissant.

On est en général d'avis d'opérer les femmes jeunes parce que même si les traitements médicaux les soulagent, elles seraient pendant des années exposées à des récidives. Nous estimons que les résultats de la méthode d'Apostoli sont suffisamment durables pour mettre ces femmes à l'abri d'une opération systématique.

Si le traitement électrique réussit, il sera dans la majorité des cas facile de les conduire jusqu'à la ménopause en leur faisant, si besoin est, subir quelques courtes cures à des intervalles de plu-

sieurs années. Nous pensons que les documents contenus dans la troisième partie de cette thèse, édifieront suffisamment sur les suites éloignées des traitements électriques.

Quant aux fibromes accompagnés de périmérite, de troubles congestifs pelviens, etc., sans inflammation aiguë, le plus souvent, le traitement électrique fera disparaître leurs complications; mais il faut savoir que, dans quelques-uns de ces cas, des causes extérieures (excès de coït, marche forcée, refroidissement et hystérométrie maladroite) peuvent très facilement réveiller ces symptômes. Le plus souvent d'ailleurs, si par hasard on observe au cours du traitement une poussée de périmérite aiguë, c'est que la malade a déjà présenté et présentera encore par la suite (plusieurs des observations que nous rapportons à la fin de ce travail en font foi) des accidents semblables sous les influences les plus diverses. La répétition trop fréquente de ces accidents devrait évidemment faire pencher la balance vers le traitement chirurgical qui aurait l'avantage d'en débarrasser définitivement la patiente.

Pour ce qui est des polypes, d'une part, et, d'autre part, des fibromes à symptômes très graves que les chirurgiens considèrent presque toujours comme réclamant systématiquement une opération, nous pensons qu'eux aussi sont justiciables de l'électricité; le plus souvent, pendant qu'on décidera la malade et son entourage, qu'on prendra date pour l'opération, etc., il s'écoulera quelques jours qui pourront être mis à profit pour l'essai des galvano-caustiques.

D'ailleurs, si Doyen se prononce aujourd'hui pour l'opération systématique quelle que soit la gravité du cas, beaucoup de chirurgiens hésitent si l'état de la malade leur paraît trop précaire. « On n'opère pas les moribonds. » (Ricard.)

Précisément dans ces cas désespérés, la méthode électrique a donné souvent des résultats inattendus, et nous avons entendu dire par Ricard dans son cours à la Faculté, que cette méthode convenait aux cas « ou trop peu graves ou trop graves pour l'opération ». Cela se conçoit du reste si l'on veut songer que l'hémorragie, le symptôme le plus immédiatement menaçant du fibrome, est celui qui est le plus justiciable de l'électricité, et si l'on songe, d'autre part, à l'influence marquée que la méthode d'Apostoli a le plus souvent sur l'état général. Le pis qui puisse arriver dans les cas graves, c'est que le traitement électrique ne donne que des résultats légers et passagers; mais sauf des conditions exceptionnelles dont chaque praticien doit rester juge, conditions qui imposeraient l'opération d'une façon immédiate et sur l'heure, sous

l'influence de la médication, le faible amendement qui suit chaque séance sera très suffisant pour au moins maintenir la malade dans un état relativement satisfaisant et empêcher la situation de s'aggraver.

Nous reconnaissons d'ailleurs que dans les cas graves, en particulier dans les fibromes sous-muqueux qui offrent une vaste surface saignante, parfois impossible à obturer à cause de sa taille par les galvano-caustiques, il sera bon de ne pas trop s'attarder et on devra préparer la malade à l'éventualité d'une opération.

La méthode Apostoli a ses contre-indications, elle n'agit pas dans certains cas avec assez de rapidité, son application complète n'est pas toujours possible. Aussi faut-il reconnaître que, comme l'a dit Verneuil, l'électricité « n'est pas la selle à tout cheval qu'on nous a présenté », bien qu'elle soit un « moyen très sérieux ».

Elle ne peut se passer de la chirurgie dans tous les cas, mais « ses visées sont moins élevées, déclare Apostoli, et elle n'aspire qu'au rang modeste d'auxiliaire utile de la chirurgie ».

TROISIÈME PARTIE

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Ce qui constitue l'avantage incontestable des interventions radicales, c'est que grâce à elles, les malades sont définitivement débarrassées de leur affection et que lorsque l'opération s'est terminée heureusement, si elles sont exposées encore parfois à des troubles divers, elles n'ont plus à craindre de récurrence abdominale.

Pour qu'une méthode conservatrice mérite d'être recommandée, elle doit donner des résultats d'une certaine durée et ne pas être seulement un palliatif momentané auquel on sera sans cesse obligé de revenir.

Pour établir la persistance des bénéfices acquis sous l'influence du traitement électrique, nous avons recherché les malades qui y ont été soumises au début (de 1882 à 1884). Leurs histoires avaient été, sans aucune exception et quel que fût le nombre de séances, publiées dans la thèse du D^r Carlet, car il s'agissait alors de démontrer autant l'innocuité que l'efficacité de la méthode; il fallait de plus apporter des documents complets et ne rien laisser dans l'ombre pour permettre à chacun de se faire une opinion.

Actuellement, nous cherchons à éclairer seulement une face de la question, aussi nous laisserons de côté toute une série de malades comprenant :

1^o Celles pour lesquelles nous n'avons trouvé que pas ou trop peu de renseignements postérieurs à la thèse Carlet;

2^o Celles sur lesquelles nous possédons des renseignements ultérieurs assez complets, mais qui n'avaient subi qu'un très petit nombre de séances, sans que leur état ait été modifié.

De ce fait se trouvent éliminées 32 observations.

Parmi les autres nous rangerons en un *premier groupe* les cas, au nombre de 24, où soit qu'une affection intercurrente ait compliqué l'histoire de la maladie, soit que les renseignements n'embrassent pas une période de temps suffisante, nous ne pensons pas qu'on puisse formuler de conclusions fermes. Nous en donnerons seulement un résumé sommaire.

Dans un *deuxième groupe*, nous publierons aussi seulement le résumé sommaire de six observations où le diagnostic du début ne nous a pas paru suffisamment démontré pour qu'on puisse établir sur l'observation une opinion scientifique rationnelle.

On pourra s'étonner que nous mettions en doute le diagnostic initial, bien que l'expérience d'Apostoli, déjà considérable à cette époque, doive être un sûr garant de son exactitude. Mais nous ne faisons que suivre en cela les préceptes de notre maître : nous ne voulons affirmer que des faits rigoureusement démontrés. Il y a là, avant tout, le souci de la vérité dont le respect doit dominer tous les partis pris d'école; il y a là peut-être aussi une question d'intérêt : qui veut trop prouver, ne prouve rien, et l'enthousiasme aveugle fait souvent plus de mal à une opinion scientifique qu'une critique sérieuse et raisonnée.

Nous avons fait rentrer dans cette catégorie un certain nombre de petits fibromes dont la présence constatée au début n'a plus été mentionnée par la suite (soit parce que les examens ultérieurs ont été incomplètement notés, soit parce que réellement le toucher ne permettait plus de retrouver trace de leur existence). — Il est bien certain que nombre d'observateurs eussent publié ces cas comme des guérisons anatomiques obtenues par l'électricité.

Pour nous, nous préférons ne considérer comme démonstratives que celles des observations où des fibromes indéniables, constatés à maintes reprises, ont été suivis durant un certain nombre d'années. Nous les publions complètement dans le troisième et *dernier groupe*.

Il importe d'ailleurs de remarquer que, lors de la thèse du Dr Carlet, la méthode était encore dans la période de tâtonnement et que la technique actuelle, si elle est *plus inoffensive* (intensité toujours modérée au début — perfectionnement des punctures), se serait sans doute montrée *plus efficace* dans un certain nombre de cas (intensité pouvant dépasser de beaucoup 100 m.A., ce qui n'a jamais été fait avant 1884, si la tolérance de la malade le permet).

Néanmoins, nous pensons que bien que n'ayant pas encore atteint alors sa forme définitive, la méthode a donné des résultats

suffisants pour qu'il soit intéressant de publier l'histoire complémentaire des tout premiers cas.

N. B. — Le Dr Apostoli conserve systématiquement des notes sur toutes les malades qui passent, ne fût-ce qu'une fois, à sa clinique. Nous avons donc retrouvé les observations de toutes les malades de la thèse Carlet, sauf une seule, celle de Mme A. Georges (Thèse Carlet, page 167), qui est égarée, momentanément sans doute.

SÉRIE I

(OBSERVATIONS PEU DÉMONSTRATIVES.)

I. — Mme Hen... (n° 567), entrée le 17 avril 1884. (Thèse Carlet, page 130.) — *Tumeur fibreuse interstitielle*. Soignée deux fois, un peu de réaction douloureuse après la deuxième séance qui lui fait renoncer au traitement. Décédée peu de temps après à l'hôpital, d'une affection inconnue.

II. — Mme Guy... (n° 633), entrée le 12 juin 1884. (Thèse Carlet, page 30.) — *Tumeur fibreuse sous-péritonéale* considérable. 2 *galvano-caustiques* sont bien tolérées utérinement, mais le décubitus horizontal provoque une dyspnée intense qui fait provisoirement renoncer au traitement gynécologique.

De juin à septembre est soignée pour troubles cardiaques par des galvanisations des pneumo-gastriques, mais d'une façon très irrégulière.

En 1886 œdème des jambes et ascite considérable. Morte en octobre 1886 de maladie de cœur.

III. — Mme Humb... (n° 505), *soixante-cinq ans*, entrée le 27 mai 1884. (Thèse Carlet, page 140.) — *Tumeur fibreuse interstitielle* divisée en plusieurs lobes. Carcinome (?)

Soignée une fois.

Le diagnostic de carcinome s'est confirmé par la suite et la malade est morte à la fin de juillet 1884.

IV. — Mme Men... (n° 254), entrée le 18 janvier 1884. (Thèse Carlet, page 75.) — *Fibrome interstitiel* du fond de l'utérus. Soignée avant son entrée par divers traitements sans résultats.

A subi à la clinique, de février à septembre 1883, 35 *séances de galvano-caustiques* positives, 50 à 60 m.A.

Amélioration symptomatique très marquée qui s'est maintenue durant plusieurs mois. En juillet 1884, présentait une légère réapparition des douleurs.

En août 1884, est obligée de s'aliter pour une affection cardiaque ancienne. En février 1885, attaque d'hémiplégie; en avril 1885, deuxième attaque d'hémiplégie et mort.

N. B. — Était venue pour des hémorragies survenues six ans après la ménopause. Depuis le traitement jusqu'à sa mort, n'en a pas présenté une seule.

V. — Mme de Luk... (n° 351), entrée le 2 juin 1883. (Thèse Carlet, page 232.) — *Fibrome interstitiel* (hystérométrie = 10 cent. 1/2.) 6 *galvano-caustiques* positives à 60 m.A. avec réactions nerveuses multiples, sans résultats appréciables.

Après essai de divers traitements, décédée en avril 1886 d'accidents diabétiques, avec soit métrite purulente, soit carcinome utérin.

VI. — Mme Nic... (n° 521), entrée le 23 février 1884. (Thèse Carlet, page 143.) — *Fibrome* de la paroi postérieure, 13 *galvano-caustiques* négatives qui amènent une amélioration considérable des symptômes utérins, mais la marche croissante d'une tuberculose pulmonaire fait interrompre les visites à la clinique. Décédée au début de 1886 de tuberculose.

VII. — Mme Oul... (n° 403), entrée le 7 août 1883. (Thèse Carlet, page 237.) — *Fibrome* énorme interstitiel et sous-péritonéal. 2 *galvano-caustiques* ont probablement soulagé la malade qui, pour diverses raisons étrangères, n'a pu continuer le traitement. Morte à la suite d'une hystérectomie en 1885 ou 1886.

VIII. — Mme Cord... (n° 488), entrée le 4 décembre 1883. (Thèse Carlet, page 166.) — *Fibrome interstitiel* du fond de l'utérus. Une seule séance de *galvano-caustique* négative qui lui a donné des douleurs du ventre le lendemain et le surlendemain; aussi a abandonné le traitement. Depuis a été soignée à la clinique à diverses reprises (en tout 48 *galvano-caustiques* intra-utérines) pour des troubles imputables au nervosisme, à une métrite chronique, à un hématocele. On n'a plus trouvé trace de fibrome; il est donc logique d'admettre une erreur de diagnostic chez une malade vue une seule fois.

IX. — Mme Lac... (n° 271), entrée le 20 février 1883. (Thèse Carlet, page 79.) — *Fibrome interstitiel* du corps avec hypertrophie du col. Métorrhagie abondante ayant résisté aux traitements classiques. Douleurs continuelles.

33 *galvano-caustiques* positives à 60 m.A. soulagent considérablement la malade et font cesser les hémorragies.

En 1883 fièvre typhoïde; en 1884, *amputation du col* par le Dr Péan, à la suite de laquelle, suintement sanguin continu.

2 nouvelles *galvano-caustiques*, puis *scarlatine* grave.

En 1885 on constate l'apparition d'un *cystocèle*. A depuis quitté Paris et aurait continué à être souffrante.

X. — Mme Mar... (n° 456), entrée le 20 octobre 1883. (Thèse Carlet, page 151.) — *Fibrome* considérable de l'utérus avec périmétrite. 8 *galvano-caustiques* négatives et quelques faradisations amènent une amélioration considérable.

Paraissait bien portante jusqu'en 1889, époque à laquelle elle a quitté la France.

XI. — Mme Chal... (n° 245), entrée le 9 janvier 1883. (Thèse Carlet, page 105.) — *Fibrome interstitiel* du fond de l'utérus. 16 *galvano-caustiques* amènent une amélioration considérable. Lorsqu'elle a quitté la France, en 1888, restait améliorée.

XII. — Mme Maur... (n° 317), entrée le 14 avril 1883. (Thèse Carlet, page 229.) — *Fibrome* de la paroi postérieure, très améliorée par 13 *galvano-caustiques* intra-utérines.

Amélioration maintenue en 1884. En 1888, fait savoir qu'elle a eu un enfant depuis le traitement.

XIII. — Mme Bel... (n° 127), entrée le 1^{er} mai 1882. (Thèse Carlet, page 225.) — *Fibrome interstitiel* du fond de l'utérus. 8 *galvano-caustiques* positives amènent une amélioration si considérable qu'elle peut reprendre son travail de repasseuse interrompu depuis longtemps.

A quitté Paris en 1888, a écrit qu'elle allait bien et avait régulièrement continué son travail.

XIV. — Mme Rag... (n° 505), entrée le 7 février 1884. (Thèse Carlet, page 167.) — *Fibrome interstitiel* considérable. 1 *galvano-caustique* en février. Vue en juillet, en bonne santé, par le D^r Apostoli. Morte de péritonite (?) en août 1884.

XV. — Mme Boul... (n° 361), entrée le 5 avril 1883. (Thèse Carlet, page 112.) — *Polype* du col; corps *hypertrophié et fibreux*. Ablation du polype le 1^{er} mai, ce qui amène une amélioration considérable. En juin et juillet, 9 *galvano-caustiques* achèvent la guérison symptomatique.

Vue pour la dernière fois en 1888; continuait à se porter parfaitement bien.

XVI. — Mme Hert... (n° 44), entrée le 16 octobre 1883. (Thèse Carlet, page 234.) — Col gros, ulcéré, *fibrome interstitiel* de la paroi antérieure. Soignée par cautérisation galvano-chimique du col et nombreuses faradisations utérines (pour *diverses manifestations hystériques*); le traitement amende notablement l'état local et considérablement l'état général, mais augmente les hémorragies. 5 *galvano-caustiques intra-utérines* arrêtent l'écoulement sanguin.

La malade, revue en 1888, s'est soignée par d'autres procédés et va bien; elle affirme que le traitement ayant augmenté les hémorragies lui a fait plus de mal que de bien. Elle s'était d'ailleurs déclarée très améliorée en 1884.

XXVII. — Mme Pol... (n° 288), entrée le 6 mai 1883. (Thèse Carlet, page 74.) — *Fibrome interstitiel* de la paroi antérieure. 37 *galvano-caustiques positives*

procurent dès le début un soulagement marqué et la malade cesse le traitement se considérant comme guérie.

Peu de temps après, crise de périmérite immédiatement amendée par des faradisations. Renvoyée de la clinique pour insubordination.

Vue pour la dernière fois en mai 1899. Après sa sortie de la clinique a subi durant cinq ans un traitement consistant en injections d'ergotine et applications externes d'électricité trois fois par semaine. Sous l'influence de ce traitement se serait trouvée tout à fait bien. A présenté cependant depuis de petites poussées de périmérite soignée par des vésicatoires.

L'utérus a le volume du poing et ne semble avoir subi depuis quinze ans ni accroissement ni diminution marquée.

XVIII. — Mme Lem... (n° 632), entrée le 19 juin 1884. (Thèse Carlet, page 126.) — *Petit fibrome* de la paroi postérieure. 9 *galvano-caustiques* (dont 6 après la thèse Carlet) pratiquées en un espace de quinze mois diminuent l'abondance des règles, mais n'ont pas de résultat marqué sur les douleurs. En somme traitement insuffisant et trop irrégulier.

XIX. — Mme Lev... (n° 575), entrée le 24 avril 1884. (Thèse Carlet, page 160.) Ovarialgie hystérique, col et corps durs, *bosselés et fibreux*. 3 faradisations intra-utérines font complètement disparaître l'ovarialgie, puis 2 *galvano-caustiques* sont dirigées contre le fibrome; les règles n'apparaissant pas, le traitement est suspendu. Un mois plus tard, fausse couche de deux mois environ.

En 1889 fausse couche suivie d'abcès pelvien s'ouvrant spontanément par le rectum.

Vue pour la dernière fois en 1899; s'est toujours bien portée, sauf les accidents de 1889. *L'ovarialgie n'a jamais reparu*. Utérus hypertrophié avec fibrome postérieur. Brides cicatricielles péri-utérines.

XX. — Mme Chas... (n° 181), entrée le 23 septembre 1882. (Thèse Carlet, page 246.) — *Fibrome* interstitiel assez considérable au fond de l'utérus, avec périmérite subaiguë et empâtement du ligament large gauche et de la paroi abdominale. Soignée par de nombreuses faradisations utérines, 8 *galvano-caustiques négatives* et 4 *positives* qui amènent une guérison symptomatique à peu près complète.

Six ans après la fin du traitement conservait les bénéfices acquis.

Dans cette observation le traitement a coïncidé avec l'établissement de la ménopause; de plus la plegmasie péri-utérine était l'affection principale. Aussi ce cas est très peu démonstratif au sujet du traitement du fibrome.

XXI. — Mme Taul... (n° 287), entrée le 6 mars 1883. (Thèse Carlet, page 113.) — Métrite chronique avec col énorme, *fibrome* interstitiel, 8 *galvano-caustiques* amènent une amélioration marquée, mais la malade, qui va beaucoup mieux au point de vue abdominal, est forcée d'interrompre ses visites à cause d'une bronchite.

Revue en juillet 1887, elle accuse le traitement de l'avoir rendue plus

malade, mais se refuse à tout renseignement et il est impossible de savoir si, ce qui est fort probable, elle entend parler de la bronchite intercurrente.

N. B. — Cette malade présentait quelques signes d'hystérie.

XXII. — Mme Pez... (n° 503), quarante-deux ans, entrée le 5 février 1884. (Thèse Carlet, page 100.)

8 grossesses, a nourri deux ans chacun de ses sept enfants.

Douleurs très vives, marche presque impossible, troubles menstruels, cachexie prononcée.

Induration fibreuse de la paroi postérieure simulant une rétroflexion.

47 *galvano-caustiques* positives à 100 m.A. font disparaître les douleurs, les hémorragies, la constipation et relèvent considérablement l'état général.

En 1892, sept ans et demi après la fin du traitement, la guérison symptomatique obtenue est intégralement maintenue.

Outre le manque de précision du diagnostic premier, cette observation est peu démonstrative parce que : 1° la malade a cessé de nourrir son dernier enfant qui avait alors deux ans, peu après le début du traitement; 2° elle n'a plus eu depuis de nouvelles grossesses et n'a plus eu par conséquent l'occasion de s'anémier en prolongeant l'allaitement outre mesure.

XXIII. — Mme Haff... (n° 411), entrée le 21 août 1883. (Thèse Carlet, page 214.) — Douleurs lombo-abdominales constantes, marche difficile, coût douloureux.

Utérus fibreux en arrière; hystérométrie = 8 1/4.

1° 16 *galvano-caustiques négatives* font disparaître les douleurs et la dysménorrhée et améliorent considérablement l'état général, mais augmentent l'abondance des règles et de la leucorrhée;

2° 8 *galvano-caustiques positives* font disparaître la leucorrhée et diminuent la menstruation.

Cesse le traitement se trouvant guérie.

Trente-deux mois après sa sortie de la clinique restait intégralement guérie symptomatiquement.

L'hyperplasie fibreuse a diminué; on constate une atésie de la cavité utérine.

XXIV. — Mme Poy... (n° 412), entrée le 21 août 1883. (Thèse Carlet, page 85.)

Soignée antérieurement durant quatorze mois, par cautérisation ignée et tampons vaginaux, sans résultat.

Douleurs lombo-abdominales, leucorrhée, marche pénible, troubles de la miction, règles abondantes, malaises généraux.

Périmétrite localisée en arrière autour d'un *fibrome interstitiel* de la paroi postérieure.

27 *galvano-caustiques positives*; les dix premières séances augmentent les divers malaises et les hémorragies.

Puis les douleurs s'apaisent, la menstruation se régularise et la malade demande à suspendre le traitement, se trouvant guérie.

Vue à diverses reprises : trois ans et demi après la fin du traitement, reste guérie symptomatiquement.

Le fibrome a diminué de volume et est devenu très difficile à trouver au milieu du reliquat de la périmérite.

SÉRIE II

(DIAGNOSTIC DOCTEURS.)

I. — Mme Lel... (n° 458), entrée le 25 octobre 1883. (Thèse Carlet, page 120.)

Urétrite infectieuse, périmérite, *fibrome* de la paroi postérieure.

Nombreuses faradisations, puis 8 *galvano-caustiques positives* qui amènent une amélioration considérable ; 5 *galvano-caustiques* de l'urèthre procurent une guérison momentanée mais non durable de l'urétrite.

Soignée encore pendant plusieurs mois par le Dr Apostoli pour son urétrite.

Se porte relativement bien jusqu'en 1899.

En 1899, sans coït suspect et sans aucune cause appréciable, phlegmon rétro-utérin qui s'ouvre dans le rectum.

Depuis l'ouverture de l'abcès se porte bien, mais on constate l'existence d'une tumeur postérieure adjacente à l'utérus qui peut être un fibrome sous-péritonéal, mais est plus probablement une tuméfaction inflammatoire.

Comme on n'a plus mentionné la présence du fibrome qui d'ailleurs n'existe plus aujourd'hui, il est naturel de penser qu'un exsudat accolé à l'utérus a simulé cette affection.

II. — Mme Def... (n° 360), entrée le 16 juin 1883. (Thèse Carlet, page 205.)

Douleur aiguë, marche impossible, cystite, métrorragies fréquentes, mauvais état général.

Gros utérus avec *petite hyperplasie fibreuse* de la face antérieure. Entérite glaireuse ancienne.

3 *galvano-caustiques* chimiques du col, pour une ulcération, qui la soulagent beaucoup ; plusieurs séances de faradisations intra-utérines sont mal tolérées.

5 *galvano-caustiques négatives* sont mal supportées ; peu après se produit une recrudescence considérable des troubles intestinaux (régime lacté).

Des essais de *galvano-caustiques positives*, pratiqués par la suite, ne peuvent être continués toujours à cause de l'entérite.

Cependant, au point de vue utérin, est améliorée : disparition des douleurs au moment du coït.

Après la thèse Carlet, 8 faradisations rectales à gros fil : guérison de

l'affection intestinale : ne présente plus ni diarrhée, ni fausses membranes, ni coliques.

Sept ans après, malgré une affection grave intercurrente de la colonne vertébrale, a conservé une guérison intégrale des troubles intestinaux et utérins (est en ménopause depuis quatre ans).

N. B. — Il n'a plus été fait mention de l'hyperplasie dans les examens ultérieurs.

III. — Mme Deb... (n° 442), entrée le 25 septembre 1883. (Thèse Carlet, page 135.)

Douleurs insupportables, mauvais état général, *aménorrhée fréquente*, coût très douloureux, obésité.

Fibrome interstitiel, hystérométrie = 8.

5 *galvano-caustiques négatives*. Suspend le traitement se trouvant guérie.

Durant cinq ans et demi, très bonne santé : règles régulières, normales, obésité diminuée.

Au bout de six ans, ménorragies légères. A été perdue de vue à ce moment.

N. B. — Cette observation prouve l'efficacité des applications négatives contre les troubles locaux et généraux liés à l'aménorrhée. Le diagnostic de fibrome nous semble très probable, et les ménorragies survenues en 1889 semblent le confirmer; mais en 1887, l'examen n'a pas permis de trouver « trace de fibrome », aussi croyons-nous devoir laisser ici un point d'interrogation, le petit nombre de séances ne nous permettant pas de supposer une diminution marquée du volume sous l'influence du traitement.

IV. — Mme Perch..., actuellement Mme Al... (n° 441 bis), entrée le 15 janvier 1884. (Thèse Carlet, page 124.)

Hypertrophie fibreuse de la paroi postérieure avec périmétrie.

Plusieurs faradisations, puis 11 *galvano-caustiques positives*.

Guérison symptomatique complète maintenue intégralement sept ans après.

En 1891, on ne trouve pas trace de l'hypertrophie fibreuse; mais il existe un kyste de l'ovaire.

V. — Mme Bl... (n° 474), entrée le 15 novembre 1883. (Thèse Carlet, page 142.)

Fibrome interstitiel.

14 *galvano-caustiques* amènent une guérison symptomatique complète et une régression rapide de l'utérus.

Quatre ans après la guérison est intégralement maintenue et l'utérus d'un volume normal : l'hypertrophie ancienne semble plutôt devoir être attribuée à une subinvolution utérine (fausse couche un an avant son entrée).

VI. — Mme Kel... (n° 577), entrée le 24 avril 1884. (Thèse Carlet, page 123.)
Périmétrie subaiguë et *fibrome interstitiel*.

3 faradisations et 6 *galvano-caustiques positives* amènent une amélioration marquée.

Peu après, à la suite de fatigue, nouvelle poussée de périmétrite : 8 *galvano-caustiques négatives* et 11 *positives* procurent une nouvelle amélioration.

Quatre ans après la fin du traitement, restait considérablement améliorée. Utérus de volume normal (en présence de la périmétrite du début le diagnostic de fibrome est douteux).

SÉRIE III

(OBSERVATIONS INTÉGRALES.)

OBSERVATION I. — (Thèse Carlet, page 110. Thèse Jacobowska, obs. III.) Mme Mar... (n° 493), vingt-neuf ans, couturière, entrée le 27 décembre 1883.

Dans l'enfance, otorrhée des deux oreilles et conjonctivite.

A quinze ans, variole.

Réglée à vingt ans, régulièrement et très abondamment, avec des caillots, pendant huit jours en moyenne.

Mariée à vingt-deux ans. Première grossesse à vingt-quatre ans; accouchement laborieux, très forte hémorragie de la délivrance; consécutivement une anémie assez intense pour forcer la malade à passer quelques mois à l'hôpital, et à suspendre son travail pendant l'année suivante. Une fois rétablie, de nouvelles *métro* et *ménorrhagies* survinrent, ce qui força la malade à aller se reposer à la campagne pendant une année encore.

De vingt-six à vingt-huit ans, la menstruation s'est relativement régularisée.

Deuxième grossesse à vingt-huit ans, terminée par une fausse couche de trois mois et demi environ (à la suite d'une chute). Une hémorragie considérable, ainsi que quelques symptômes de septicémie vinrent compliquer l'accident. Le tout fut conjuré en fort peu de temps (huit jours). Deux mois après, une *nouvelle perte* au moment des règles.

En septembre 1883, sous l'influence probable d'un excès de fatigue, vint une hémorragie très rebelle, qui a duré trois mois, jusqu'au moment où la malade vint à la clinique.

Les soins médicaux classiques (ergotine, ratanhia) sont restés sans résultat. Vient de garder le lit durant deux mois.

État actuel. — Faciès cachectique, faiblesse extrême, vertiges.

Au toucher, *fibrome interstitiel de la paroi postérieure du corps de l'utérus*. Hyst. = 7 centimètres.

Traitement. — Le 27 décembre 1883, 1^{re} *galvano-caustique positive* à 90 m.A., 10', faite en pleine hémorragie.

Très légères douleurs le soir de l'opération; l'hémorragie est presque supprimée le soir même; un léger suintement continue pendant quelques jours encore, avec très peu d'abondance.

Du 29 décembre 1883 au 18 mars 1884 : 8 galvano-caustiques positives, 100 m.A., 3'.

Dès la seconde séance, la malade se sent améliorée, au point de vue de l'état général; les forces sont relevées, l'appétit est revenu.

Du 1^{er} au 8 mars. — Une nouvelle métrorragie.

Le traitement fut bientôt suspendu, à cause du départ de la malade.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Le 19 juillet 1884. — On revoit la malade, qui depuis le mois de mars s'est très bien portée. Les règles venaient régulièrement pendant quatre jours en moyenne. Elle a engraisé, a bon appétit, etc.

Le 9 juin 1888. — La malade reste dans un état très satisfaisant.

Le visage est toujours pâle, les maux de tête ne sont pas très rares; mais le sommeil est bon, le travail et la marche faciles; Mme M... n'a pas cessé de travailler depuis la fin de son traitement; pas de douleurs abdominales, même au moment des règles. Les règles sont restées régulières, durant trois jours au lieu de huit, peu abondantes, sans caillots. Depuis deux ans, la malade s'enrhumé facilement, tousse tout l'hiver, avec expectoration abondante le matin. Pas d'hémoptysie, pas de sueurs; un peu d'amaigrissement.

Au toucher, utérus abaissé, en rétroflexion, peu mobile; petit fibrome en arrière. Le col est normal. Prolapsus des annexes droites. Hyst. 6 1/2. Le cathétérisme n'est possible qu'avec le petit hystéromètre.

Le 20 juin 1890. — La malade vient pour nous dire qu'elle continue à bien aller. N'a plus eu ni hémorragies, ni douleurs. Travaille toute la journée.

Revient à la clinique le 13 décembre 1892.

Son état est resté excellent jusqu'en juin 1892 (règles régulières, normales, sans caillots, sans douleurs, durant trois jours. Aucune douleur intermenstruelle. Pas de leucorrhée. Bon état général).

Depuis elle se trouve moins bien : elle a eu un abcès de l'anus qui suppure depuis quatre mois; elle présente des douleurs vagues, puis des douleurs du côté gauche du ventre quand elle marche ou fait un mouvement brusque; manque d'appétit, faiblesse, sommeil agité, dit avoir parfois de la fièvre.

Examen. — Ventre ballonné. Utérus en rétroflexion, prolabé, petit, mobile, sans fibrome ni lésion appréciable. Dans le cul-de-sac gauche on trouve les annexes prolabées et l'ovaire paraît hypertrophié et kystique.

Traitement. — Du 15 décembre 1892 au 23 février 1893, six séances de courant alternatif sinusoïdal qui diminuent et même font disparaître par périodes les douleurs, et relèvent un peu l'état général. Mais l'abcès de l'anus ne se cicatrise toujours pas.

En avril et mai, ne vient pas à cause d'une attaque de grippe (?) qui la force à faire un séjour de un mois à l'hôpital.

En juin 1893, à son retour, on constate que la situation des annexes du côté gauche est la même. Les sommets des poumons sont fortement suspects. Les règles qui ont continué jusque-là à être normales commencent à

présenter des troubles marqués : écoulements sanguins insignifiants mais fréquents.

Vue pour la dernière fois le 23 août 1893. Depuis huit jours se trouve encore plus malade : douleurs continuelles avec crises aiguës dans le ventre et les reins, travail impossible; marche pénible. A eu en juillet une perte insignifiante comme abondance mais durant dix-huit jours (ces divers malaises sont-ils sous la dépendance de l'affection pulmonaire ou de l'ovaire kystique?).

En résumé : le traitement, malgré son insuffisance (neuf séances seulement), a réussi à arrêter les hémorragies invétérées, à relever l'état général et à amener la malade à un état de guérison symptomatique complète qui s'est maintenue intégralement durant huit ans et trois mois. Au bout de ce temps, bien qu'on ne trouve pas de trace de l'ancien fibrome, développement d'accidents sous la dépendance d'affections nouvelles (tuberculose probable, abcès de l'anus, ovaire kystique).

RÉFLEXIONS. — On peut considérer cette observation, vu la gravité de l'état à l'entrée, et vu le petit nombre de séances, comme une des plus démonstratives que nous puissions fournir. Mais il ne faut pas oublier que, en général, il faut un traitement plus long pour obtenir une restauration aussi complète et surtout une aussi longue durée dans les résultats.

Obs. II. — (Thèse Carlet, page 209. Thèse Jacubowska, obs. X.)

Mme Jet... (n° 501), quarante-trois ans, sans profession, entrée le 14 janvier 1884.

Réglée à quatorze ans et demi, facilement, sans douleur, assez d'abondance; pas de leucorrhée. Mariée à seize ans et demi; sept couches normales, la dernière à trente-trois ans était une grossesse gémellaire et accompagnée, à partir du sixième mois, d'une impotence des membres inférieurs.

A trente-sept ans, Mme J... s'aperçut que ses règles, qui jusque-là étaient peu abondantes et très régulières, avaient augmenté d'abondance et s'accompagnaient de céphalalgies très violentes. A deux reprises, elle éprouva des crises de douleurs abdominales très intenses, ayant duré plusieurs semaines et ayant fait croire à une *péritonite*. Le traitement par l'iodure de potassium et par l'ergotine, suivi durant six mois, n'a pas amené de changements notables.

État actuel. — La malade est une femme paraissant bien constituée, ayant de l'embonpoint. Le ventre est augmenté de volume et très pesant. Vertiges fréquents ayant fait penser à l'anémie cérébrale.

La marche ne peut être prolongée longtemps; l'appétit est bon, le sommeil très agité; le travail impossible à cause des vertiges et des nausées. Violentes céphalalgies. Pendant les règles ou après la marche et les fatigues, la malade éprouve des douleurs abdominales lancinantes à gauche et dans les

reins. Les règles sont régulières, mais avec des caillots; elles sont très abondantes, dégénérant parfois en véritables ménorragies. (N. B. — C'est par suite d'une erreur de rédaction que dans la thèse Carlet on a écrit : la menstruation est peu abondante. L'observation manuscrite conservée à la clinique et plusieurs interrogatoires de la malade qui ont été pris à diverses reprises et ont été gardés, en font foi.) Elles durent quatre jours; leucorrhée abondante pendant huit jours avant et huit jours après les règles.

Examen. — *Fibrome interstitiel* considérable, de consistance *demi-molle*, hémisphérique, s'élevant jusqu'au milieu de la ligne du pubis à l'ombilic. On le constate aussi bien par le toucher que par le palper. Le col est gros, ferme et dur. Hyst. 14 centimètres.

Traitement. — Du 25 janvier au 19 février, 4 *galvano-caustiques négatives*, à 100 m.A., 5 m. Après la dernière, *crise douloureuse*, simulant une péritonite, analogue à celles d'avant le traitement; la malade resta huit jours au lit.

Le 25 mars. — 5^e *galvano-caustique négative* à 100 m.A. 5 m.

Nouvelle crise douloureuse. Règles plus abondantes qu'autrefois, le 12 avril 6^e *galvano-caustique négative* à 100 m.A. 5 m.

En raison du résultat défavorable des *galvano-caustiques négatives*, on change de pôle.

Du 1^{er} juin 1884 au 17 juillet 1884, 5 *galvano-caustiques positives*. Après la 2^e, les règles ont été normales, sans aucune douleur. La marche est maintenant plus facile. Hyst. 10 cent. 1/2.

Du 17 juillet 1884 au 5 décembre 1885. — 19 *galvano-caustiques positives* et 4 *négatives*.

Sous l'influence des *galvano-caustiques positives*, les règles sont devenues beaucoup moins abondantes : la malade ne perd actuellement que pendant deux jours, la dysménorrhée existe, mais à un très faible degré. La leucorrhée est aussi abondante qu'auparavant.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Le 17 juillet 1887. — La malade revue aujourd'hui est dans un état satisfaisant. Les règles sont régulières, ne durent que deux jours et s'accompagnent d'une douleur des reins très supportable. Le sommeil est tranquille, plus de céphalalgies; les vertiges sont excessivement rares et ne viennent qu'au moment des règles. Mais, d'un autre côté, le volume du ventre reste tel quel, et la leucorrhée n'est pas diminuée.

Le 16 avril 1888. — Peu de modifications dans l'état général : les vertiges sont revenus un peu plus fréquemment pendant les six derniers mois. La dysménorrhée est considérablement amendée depuis que la malade fait de grandes injections très chaudes durant la période prémenstruelle.

Examen. — Le fibrome paraît s'être énucléé du côté du péritoine et n'occupe que le fond de l'utérus. Col normal. L'hystérométrie doit être faite d'abord avec la sonde fine, puis avec la sonde ordinaire; elle égale 12 cent. 1/2.

En juin 1890, est vue chez elle par Mlle Jacobowska. Elle se considère comme aussi bien portante que possible, elle n'a aucune douleur et ne se plaint plus que de dysménorrhée.

Revue à la clinique en *avril 1891*. Les règles sont restées régulières (un peu en avance depuis trois mois), durent quatre jours et sont accompagnées durant trois jours de douleurs assez vives pour obliger la malade à s'aliter. Mais ces douleurs peuvent être très efficacement combattues par de grandes irrigations chaudes.

Pas de douleurs intermenstruelles. Pas de leucorrhée. Pas de troubles de la défécation ni de la miction. Travail assez facile. Bon état général.

Examen. — L'utérus paraît encore diminué. On le trouve toujours hypertrophié avec un lobe fibreux à gauche. Il est mobile avec une légère douleur quand on le déplace. L'hystérométrie, possible avec une sonde de diamètre ordinaire, = 10 centimètres.

Il y a diminution marquée depuis le premier examen en 1884.

En résumé : trente-cinq séances; guérison symptomatique presque complète, maintenue cinq ans et demi après la fin du traitement. Le volume de la tumeur, qui a manifestement diminué durant ses visites à la clinique, a continué à s'amoindrir par la suite (Hystérométrie = 10 au lieu de 14 1/2).

RÉFLEXIONS. — Chez cette malade on a constaté au début, sous l'influence des négatives, une aggravation légère. Les positives ont au contraire amené une amélioration rapide et les négatives reprises par la suite ont été bien tolérées. Ce fait justifie la pratique actuelle d'Apostoli qui est de commencer toujours par des applications positives.

Obs. III. — (Thèse Carlet, page 191. Thèse Jacobowska, obs. IX.)

Mme Bois... (n° 500), trente-sept ans, giletière, entrée le 8 janvier 1884.

Nullipare.

Réglée à seize ans et demi, difficilement, avec très peu d'abondance et toujours très irrégulièrement. Pas de leucorrhée. Santé toujours délicate; constitution faible.

Mariée à dix-neuf ans, traitée à vingt ans pendant six mois pour péritonite. Depuis lors toujours souffreteuse, avec des intervalles plus ou moins éloignés de douleurs abdominales, toujours localisées à gauche; jusqu'à trente-quatre ans, la menstruation est devenue de plus en plus irrégulière, durant assez longtemps, peu abondante et un peu douloureuse.

A trente-quatre ans, constate une transformation complète dans son état physique. Le ventre augmente progressivement, les forces diminuent. Elle commence à maigrir et la marche devient plus difficile.

En février 1884, consulte le Dr Tripiet qui la soigne durant deux ans et demi jusqu'en juillet 1883.

Celui-ci publie l'observation des traitements qu'elle a subis, dans ses *Lçons cliniques sur les maladies des femmes* (pages 219-220).

« Trente-cinq ans, nullipare. Fibrome globuleux remontant à l'ombilic. Col mou, atrophié, avec une languette mobile sur l'isthme.

« Pendant une première période de traitement, douze séances de faradi-

sation par la bobine courte, à très gros fil, à raison d'un choc par seconde, séance de 3'. La palpation de la tumeur devient plus facile; les contours en sont plus nets, mais le volume n'est pas diminué.

« Une seconde période de traitement est représentée par des injections iodurées, faites trois fois par semaine, pendant trois mois. Le fond de la tumeur a baissé de deux centimètres environ. Cependant l'état général n'est pas meilleur, et l'abdomen est toujours douloureux en masse.

« J'essaie alors la galvanisation discontinue négative (en raison de l'impossibilité d'engager dans le col une sonde garnie). Séances de six minutes, avec contact d'une seconde, séparé par des interruptions de même durée, quatorze séances de six minutes en deux mois. Pas de résultat quant à la réduction de la tumeur; quant aux effets subjectifs, ils seraient favorables immédiatement, mais pour peu de temps.

« Immédiatement après la séance la malade se sent « mieux », plus « légère », mais elle se plaint d'être fatiguée dans la soirée et surtout le lendemain. Ce traitement lui procure moins de soulagement que les précédents.

« Retour aux injections, qui bientôt ne peuvent être continuées en raison de l'ascension du col derrière le pubis.

« La cautérisation tubulaire est décidée en principe, pour pénétrer dans l'utérus en un point de sa paroi postéro-inférieure; mais pendant un ajournement, qui se prolonge jusqu'à trois mois, le col redevient accessible et les injections sont reprises par la voie normale. »

La malade affirme, à son entrée à la clinique du Dr Apostoli, n'avoir pas retiré du traitement par les injections iodurées continuées pendant plus de deux ans, en général trois fois par semaine, mais avec quelques irrégularités, une amélioration notable.

La tumeur a pris un peu d'accroissement (101 centimètres au lieu de 95 au début, pour la circonférence abdominale au niveau de l'ombilic). Mais la marche est plus facile.

Aménorrhée depuis dix mois. (Est-ce sous l'influence du traitement ioduré?)

Examen à l'entrée. — Fibrome sous-péritonéal, énorme, dépassant de deux travers de doigt l'ombilic, globuleux, hémisphérique, dur et très résistant.

Au toucher, col ferme, perméable. Corps uniformément développé et fibreux. Hystérométrie impossible à faire, la sonde s'arrêtant à l'orifice interne. Circonférence abdominale = 101 centimètres.

Traitement. — Le 7 février 1884, on commence les *galvano-punctures*, faites par l'orifice externe dans l'axe probable de la cavité utérine.

Du 7 février au 11 mars 1884. — 4 *galvano-punctures négatives* à 100 m.A., 5'.

Après les deux premières séances, la réaction a été très vive et prolongée. La troisième a été bien supportée. L'hystérométrie s'exécute avec une grande facilité et la profondeur à laquelle pénètre l'hystéromètre (23 cen-

timètres) fait penser à une perforation utérine. Quoi qu'il en soit, la malade s'est consécutivement très bien portée et le 1^{er} mars 1884, elle a eu ses règles disparues depuis dix mois.

Du 11 mars au 15 juillet 1884. — 9 galvano-caustiques négatives à 100 m.A., 5'.

La réaction a toujours été pénible pour la malade, s'accompagnant de quelques gouttes de sang et d'un écoulement séreux.

Le 19 juillet. — C'est-à-dire au moment auquel son histoire fut consignée dans la thèse du D^r Carlet, la tumeur avait diminué.

Circonférence abdominale (ombilic) = 94 centimètres (au lieu de 101).

Distance des deux épines iliaques = 35 1/2 (au lieu de 38).

Du 21 juillet au 25 septembre 1884. — 1 galvano-caustique négative, réaction pénible. L'amélioration est très évidente quant à l'état général. Les règles en septembre ont duré cinq jours avec assez d'abondance et sans douleur.

Du 25 septembre 1884 au 13 janvier 1885. — 8 galvano-caustiques négatives 100 m.A., 5'.

L'amélioration augmente. Les règles ont toujours duré cinq jours, avec assez d'abondance et sans douleur.

Du 13 janvier 1885 au 19 mars 1885. — 6 galvano-caustiques négatives à 100 m.A., 5'.

Les règles ont été trois fois en avance de cinq-sept jours, mais ont gardé leurs caractères habituels.

Le 19 mars 1885, on prend les mensurations suivantes :

La circonférence abdominale au niveau de l'ombilic, la malade étant couchée, = 77 1/2.

Au niveau du point le plus saillant de la tumeur (à 9 cent. 1/2 au-dessous de l'ombilic) = 89 cent. 1/2. D'une épine il. ant. supérieure à l'autre = 32 cent. 1/2.

23^e galvano-caustique négative à 100 m.A., 5'.

Deux jours après, une ménorragie ayant duré douze jours, sans aucune douleur (cet accident serait facilement imputable à l'action du pôle négatif dont les effets sont très congestionnants).

Du 7 avril au 30 juin 1885. — 8 galvano-caustiques négatives à 100 m.A. 5'.

La réaction post-opératoire est pénible. Les règles toujours en avance de quelques jours. En avril et en mai elles ont été douloureuses, mais en juin elles sont revenues à leur ancien caractère d'indolence.

En 1885, la malade quitte Paris pour aller s'établir à Rouen.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Le 5 décembre 1886. — M. Aspostoli a eu l'occasion de voir et d'examiner Mme B... qui est venue à Paris à l'effet de lui rendre visite. Voici le résultat de cet examen :

1) L'état général est excellent; la malade a engraisé, elle a très bonne mine; le ventre est assez peu douloureux pour lui permettre de supporter un corset, qu'elle ne supportait plus depuis cinq à six ans. Elle se trouve plus légère, et marche facilement, le travail ne la fatigue plus, tandis qu'auparavant elle était obligée de l'interrompre fréquemment.

2) *La menstruation s'est définitivement régularisée* (quatre-cinq jours sans douleurs).

3) La malade croit que son ventre a grossi depuis la suspension du traitement. Pour s'en convaincre, on prend les mensurations.

Circonférence abdominale au niveau de l'ombilic = 78.

Circonférence abdominale au niveau du point culminant (milieu de O à P) = 92°. D'une épine iliaque à l'autre = 32°.

Cette légère augmentation de la circonférence au-dessous de l'ombilic pourrait être expliquée par l'épaisseur du tissu adipeux dont s'est chargée la paroi abdominale de cette région.

La tumeur est devenue très mobile et peut être déplacée en tous sens, sans la moindre douleur. Comparée avec le moule en plâtre, qu'on a pris au début du traitement, elle est manifestement diminuée dans tous les diamètres.

Le 10 juillet 1890. — Mlle Jacobowska reçoit de Mme Boi... une lettre qui confirme la persistance absolue de son état satisfaisant. Par conséquent nous pouvons dire que le traitement, ayant consisté en 33 galvanocaustiques négatives appliquées pendant 13 mois, a produit une *régularisation de la menstruation, une suppression des douleurs abdominales, une diminution très nette du volume de l'abdomen* (78 centimètres au lieu de 104) et enfin un *relèvement bien marqué de l'état général*. Ce résultat non seulement ne s'est pas démenti, mais il s'est plutôt accentué pendant cinq ans après la cessation du traitement. » (Thèse Jacobowska.)

Depuis la publication de la thèse Jacobowska, Mme B. a été revue à la clinique à différentes reprises.

Les règles continuent à être régulières, peu abondantes, non douloureuses jusqu'en janvier 1890. A ce moment la ménopause s'établit définitivement (quarante-sept ans); elle a été précédée de quelques douleurs du ventre pendant quelques mois, douleurs qui n'ont pas nécessité de nouveaux traitements, et elle a été suivie de malaises généraux (bouffées de chaleur, étourdissements, gonflements des jambes).

Puis l'état de santé est redevenu très bon, sauf une légère faiblesse générale (pas de constipation, pas de dysurie).

En somme, sauf des troubles légers au moment de la ménopause, les améliorations acquises se sont intégralement maintenues.

Lors de sa dernière visite (juillet 1897) la malade qui vient nous trouver pour quelques douleurs rhumatismales nous confirme que depuis douze ans, elle n'a jamais été malade et a régulièrement continué son travail.

Au point de vue anatomique, nous allons extraire des différents examens notés dans l'observation les points les plus saillants.

Juillet 1891. « Le phénomène dominant aujourd'hui, c'est la mobilité absolue du fibrome qui est complètement désenclavé; ainsi son bord supérieur qui actuellement dépasse à peine l'ombilic peut, lorsqu'on repousse la tumeur, être remonté jusqu'à toucher l'appendice xyphoïde et cela sans difficulté et sans provoquer de douleur... La paroi abdominale a encore notablement engraisé. »

29 septembre 1896. — Le ventre a considérablement diminué depuis quelques années. Le bord supérieur du fibrome n'arrive plus qu'à deux larges travers de doigt au-dessous de l'ombilic (tandis qu'en 1890 il dépassait encore l'ombilic). La tumeur est globuleuse et très mobile, au toucher le col est absolument atrophié et a disparu, le fibrome fait peu de saillie dans le cul-de-sac antérieur. »

20 juillet 1897. — « Le bord supérieur arrive à deux larges travers de doigt au-dessous de l'ombilic, la tumeur est toujours très mobile et hémisphérique. »

Je revois moi-même cette malade le 2 septembre 1899 et voici la note que je prends à son sujet.

Pas de douleurs du ventre, pas de perte d'aucune sorte ; se plaint seulement d'avoir parfois de la pesanteur abdominale. Présente par intermittences des douleurs de reins et des douleurs rhumatismales dans les membres.

Miction et défécation normales.

Continue à travailler, n'a jamais été obligée de s'aliter, sauf quelques jours pour une bronchite l'hiver dernier.

En somme a actuellement cinquante-six ans, l'état symptomatique abdominal reste bon et Mme B. se plaint de faiblesse générale et de rhumatismes.

A l'examen. — Le bord supérieur arrive seulement à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, la régression anatomique semble s'être continuée (A. Laquerrière).

En résumé : Guérie symptomatiquement et améliorée anatomiquement par 33 galvano-caustiques, a gardé intégralement les bénéfices acquis jusqu'à la ménopause, survenue cinq ans après la cessation du traitement.

Depuis a continué à se bien porter.

RÉFLEXIONS. — Cette malade présente un exemple remarquable de fibrome dont l'évolution a été suivie durant quatorze années. Les bénéfices symptomatiques incontestables acquis sous l'influence du traitement électrique lui ont permis d'atteindre la ménopause, qui est venue établir d'une façon définitive les améliorations acquises.

Parallèlement l'état anatomique qui s'est notablement amélioré durant le traitement a continué à s'amender par la suite et, tant au point de vue du volume qu'au point de vue de la mobilité, il est manifestement encore meilleur depuis la ménopause.

Au point de vue thérapeutique, cette observation démontre manifestement la supériorité des galvano-caustiques sur les autres modes de traitements : faradisation, galvanisation discontinuée, injections iodurées.

OBS. IV. — (Thèse Carlet, page 217. Thèse Jacobowska, obs. VII.)

Mme Cher... (n° 193), quarante-trois ans, lingère, entrée le 12 octobre 1882.

Réglée à dix ans et demi, très facilement et sans douleurs. A quinze ans, rhumatisme articulaire aigu généralisé suivi d'une suspension des règles pendant six mois. Mariée à vingt ans; quatre grossesses normales, dont la dernière à l'âge de vingt-sept ans.

A quarante ans, en 1880, elle s'aperçut pour la première fois que son ventre grossissait et que les époques devenaient plus abondantes; au lieu de deux-trois jours, comme précédemment, elles se prolongeaient maintenant pendant huit et même douze jours. Elle a été soignée par M. le Dr Guillaumet par l'ergotine, le ratanhia, etc. M. Péan, vu la gravité de la situation, proposa l'hystérectomie.

Etat actuel. — Le 12 octobre 1882. La malade est une femme grande, paraissant bien constituée, mais affaiblie par des *pertes sanguines considérables*, dont la dernière a duré onze semaines consécutives. Le teint est *décoloré*, la *difficulté pour la marche extrême*; elle a été forcée de *suspendre tout travail*; n'a pas d'appétit, se plaint de palpitations constantes, de tiraillements dans l'abdomen et surtout au niveau du pli de l'aîne.

Examen. — Fibrome énorme, arrivant jusqu'à *trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde*; la tumeur est régulièrement hémisphérique et dure.

Au toucher, on sent que l'utérus est excessivement élevé, le doigt l'atteint difficilement. Hystérométrie = 21 centimètres(?).

Circonférence abdominale, au niveau de l'ombilic = 128 centimètres.

Traitement. — Du 15 octobre 1882 jusqu'au 20 janvier 1883.

10 *galvano-caustiques positives* à 60 m.A., dix minutes. La réaction douloureuse a été insignifiante. Chaque hystérométrie s'accompagnait d'une perte sanguine. La marche et la douleur sont légèrement améliorées par ce traitement. (On s'est servi d'une sonde *en cuivre*, dénudée sur 6 centimètres d'étendue.)

Du 20 janvier au 24 février, 10 *galvano-caustiques positives*, 60 m.A., 10', faites avec une sonde *en platine*, mesurant toute la hauteur de la cavité utérine.

Pour la 1^{re} fois, en février, les règles ne durent que *six jours*; la malade se sent beaucoup mieux, *l'appétit se relève*, le teint *devient coloré*. La circonférence au niveau de l'ombilic = 117 centimètres.

Du 27 février au 14 avril 1883 : 6 *galvano-caustiques positives*, 60 m.A. 5 minutes.

L'amélioration continue. Le 16 avril, deux jours après la séance d'électrification, la malade éprouva brusquement dans la nuit des nausées, des vomissements, sans mal au ventre. Ces symptômes ont persisté jusqu'au 25 avril, avec abattement, fièvre, soif extrême et inappétence. Le 25 avril apparaissent les règles, pour disparaître le jour même et être remplacées par un écoulement sanieux jaunâtre et très fétide qui a persisté pendant trois semaines. Les nouvelles règles, venues le 16 mai, ont aussi disparu le soir même, sans être suivies pourtant de l'écoulement, comme ci-dessus.

Les vomissements, quoique moins fréquents, n'ont pas totalement cessé.

Le 22 mai. — La malade revient à la clinique, où on lui fait le 22, le 24

et le 29 mai, 3 *galvanisations du pneumogastrique* contre les vomissements. Ceux-ci n'ont plus reparu, les maux de cœur ont cessé, mais il y eut encore retour de l'écoulement fétide.

Le 12 juin 1883. — Les galvano-caustiques sont reprises, mais le pôle est changé, vu la diminution exagérée de l'abondance des règles.

Du 12 juin au 29 septembre 1883 : 12 *galvano-caustiques négatives*, 60 m.A., 3'.

A partir de ce moment, non seulement Mme Ch... récupère le bénéfice qu'elle venait de perdre par son accident, mais l'amélioration grandit progressivement. Les règles peu abondantes durent deux, trois jours, pas de métrorragies intermenstruelles, ni d'écoulement fétide. La malade se sent parfaitement bien, elle engraisse : sa tumeur disparaît maintenant dans la position couchée, tandis qu'avant elle était saillante sous la peau.

Pas de traitement au mois d'octobre.

Du 8 novembre 1883 au 10 mai 1884 : 11 *galvano-caustiques positives*, 100 m.A., 5'.

Même état satisfaisant. Règles durant trois à quatre jours.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Le 10 juillet 1884. — L'état général est parfait ; le facies excellent. La malade marche facilement et supporte son corset qu'elle avait été forcée d'abandonner depuis fort longtemps. *Tout traitement est suspendu.*

Le 10 juillet 1886. — *Même état général*, au point de vue de la marche, du travail, du facies, du sommeil, de l'appétit, etc. Les règles, depuis la cessation du traitement, ont été interrompues une fois pendant trois mois, et ensuite elles sont venues régulièrement sans douleur et avec peu d'abondance (deux jours en moyenne).

La circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic = 117 centimètres. On sent la tumeur relativement diminuée, dépassant l'ombilic de deux travers de doigt. Elle est très mobile et éloignée de la paroi abdominale antérieure. Le tissu graisseux sous-cutané paraît au contraire avoir augmenté, au point de faire penser à un lipome péri-ombilical.

Au toucher, l'utérus est toujours très élevé. L'hystérométrie = 11 centimètres ; la sonde ne pénètre qu'avec difficulté, semblant ainsi indiquer un rétrécissement uniforme de la cavité utérine.

Le 7 juillet 1887. — La malade continue à très bien aller. On ne note que quelques irrégularités du côté des règles, absentes parfois pendant deux à trois mois.

Elles sont très abondantes (huit jours) et forcent parfois la malade à rester au lit. On pourrait mettre ces phénomènes sur le compte des approches de la ménopause.

Le teint est toujours frais et coloré ; pas de douleurs ; la marche est acile, les plus longues courses peuvent être accomplies sans trop de fatigue.

Le 24 août 1889. — La malade, qui n'a pas été revue depuis deux ans, à cause de son éloignement de Paris, reste encore en parfait état général. Les règles ont été régulières, durant quatre et cinq jours, assez abondantes ;

mais il y a cinq semaines survint *une métrorragie très abondante qui dura huit jours*, forçant la malade à rester au lit pendant les quatre premiers jours. C'est le seul accident à noter. Très peu de leucorrhée.

L'état local n'est pas modifié : la tumeur paraît être encore plus *mobile*.

Le 4^{er} juin 1890. — Mlle Jacobowska voit la malade chez elle; elle se dit absolument guérie, n'a eu ni métrorragie ni leucorrhé pendant l'année dernière; les règles durent quatre et cinq jours.

Elle peut travailler toute la semaine, sans en ressentir la moindre fatigue, la marche reste aussi très facile.

En mai 1894, fait répondre à une demande de renseignements sur son état de santé qu'elle continue « depuis dix ans à être guérie ».

En résumé, Mme Ch... a subi 49 *galvano-caustiques* (37 positives et 12 négatives). Il en est résulté *un arrêt des hémorragies, une suppression des douleurs, un relèvement très marqué de l'état général et une diminution de la tumeur. Ce résultat a persisté en entier pendant les dix années consécutives, sauf une métrorragie de huit jours, cinq ans après la fin du traitement.*

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous semble des plus probantes pour démontrer l'efficacité du traitement puisque la malade, qui à son entrée était réduite à une inertie presque complète, a pu depuis reprendre la vie ordinaire et n'a plus eu qu'une seule hémorragie sérieuse cinq ans après la cessation du traitement.

Elle différencie en outre nettement l'action des deux pôles, puisque les applications positives faites au début avaient produit un résultat si complet qu'il menaçait d'être nuisible en amenant des malaises divers liés à la trop faible abondance des règles et puisque les applications négatives faites par la suite firent disparaître ces troubles en rendant au flux menstruel une abondance suffisante.

Obs. V. — (Thèse Carlet, p. 176. Thèse Jacobowska, obs. XII.)

Mme Pic... Émilienne (n° 354), quarante-quatre ans, épicière, entrée à la clinique le 7 juin 1883.

Réglée à quatorze ans, avec abondance, durant huit jours, sans douleur. Pas de leucorrhée.

Mariée à dix-neuf ans, un accouchement normal.

La santé reste parfaite jusqu'à l'âge de trente ans. A cette époque le ventre commence à grossir et en même temps apparaissent des douleurs et de la fatigue. Ne consulte pas.

Devient veuve à trente-deux ans et à partir de ce moment la situation s'aggrave; quelques mois après est prise subitement de douleurs aiguës du ventre pour lesquelles elle doit s'aliter trois mois.

Le Dr Siredey diagnostique un fibrome et lui conseille de s'adresser à un chirurgien : les Drs Péan, Labbé et Gosselin déclarèrent successivement la *tumeur inopérable à cause des adhérences.*

A partir de cette époque le fibrome cause une série d'accidents : tantôt phlébite dans les deux jambes en particulier à gauche, tantôt douleurs aiguës du ventre, envies incessantes d'uriner, inappétence, amaigrissement, faiblesse générale. Les règles sont très peu abondantes.

A trente-huit ans, elle se remarie et il se produit une modification marquée dans son état : les règles redeviennent abondantes et la malade se trouve beaucoup mieux durant trois ans.

A quarante et un ans, à la suite de fatigues, elle se met à avoir des ménorragies et parfois des métrorragies. Elle consulte divers inédecins et chirurgiens dont elle ne se rappelle plus les noms, qui considèrent tous l'opération comme impossible, et le Dr Terrier qui est du même avis. Son état empirant de plus en plus, elle vient consulter le Dr Apostoli.

Etat à l'entrée. — La malade présente un aspect cachectique, la marche est très difficile, le travail impossible, le ventre est énorme; membres émaciés. La circonférence abdominale au niveau de l'ombilic = 110 c. — *Au palper* : la tumeur est très dure, elle distend la peau dépourvue de tout tissu adipeux sous-jacent. Elle atteint en haut l'appendice xiphoïde. — *Au toucher* : la tumeur, absolument immobile, remplit toute l'excavation pelvienne en comprimant la vessie et le rectum. Le méat urinaire est caché sous le pubis.

On ne peut trouver le col (pas d'hystérométrie).

Traitement. — 21 et 28 juin 1883. — 1^{re} et 2^e galvano-puncture négative (53 et 70 m.A., 10 et 5') afin de créer un canal artificiel dans la tumeur. Ces deux séances provoquent un accroissement des douleurs et un écoulement séro-purulent.

3 juillet. — 1^{re} galvano-caustique négative, 70 m.A., dans le trajet artificiel.

10 juillet. — 3^e galvano-puncture, 70 m.A.

19 et 26 juillet. — 2^e et 3^e galvano-caustique négative, dans le trajet artificiel.

En août. — Accès de fièvre tous les deux jours (paludisme ?); l'appétit est toujours mauvais. On prescrit de la quinine et des injections antiseptiques mais pas d'électrisation. La circonférence abdominale au niveau de l'ombilic = 1 mètre au lieu de 1 m. 10.

Le 20 septembre. — L'amélioration est évidente. La fièvre a disparu, le facies est meilleur, l'appétit reparait; moins de pollakiurie. La circonférence abdominale = seulement 96 centimètres.

Par le toucher on peut maintenant atteindre l'orifice du col.

4^e galvano-caustique négative, 70 m.A., 10'.

4 octobre. — 5^e galvano-caustique négative, 70 m.A., 5'.

11 octobre. — La circonférence abdominale = 94 centimètres.

Du 11 octobre 1883 au 10 juillet 1884¹. — 23 galvano-caustiques intra-utérines dans le canal naturel, de 70 à 100 m.A. et de 5 à 10'.

1. Dans la thèse Jacobowska il y a à cette période une série de fautes d'impression concernant les dates (1887 pour 1884).

En février 1884. — Après une aménorrhée de sept mois, a une fois ses époques.

En juin 1884, on note : La malade est aujourd'hui symptomatiquement restaurée. Le teint est frais et coloré, la marche et le travail faciles, la miction normale, l'engraissement considérable, la tumeur s'est mobilisée et est distante maintenant de trois travers de doigt de l'appendice xiphoïde.

Les deux orifices naturel et artificiel, distants autrefois de 3 centimètres, ne sont séparés aujourd'hui que par un centimètre, le poids total de la malade a augmenté de 8 kilos.

10 juillet 1884. — 29^e galvano-caustique négative, 100 m.A, 5'.

De juillet 1884 à décembre 1885. — 38 galvano-caustiques intra-utérines négatives à 100 m.A. et 2 galvano-punctures vaginales à 100 m.A, à un centimètre et demi de profondeur.

Suspension de tout traitement en décembre 1885.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — 11 novembre 1886. — La malade jouit d'une santé parfaite, comme il y a vingt ans. La menstruation est suspendue depuis une année. La tumeur est devenue excessivement mobile, son bord supérieur remonte à trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde.

Poids total = 130 livres.

La malade peut se tenir debout pendant plusieurs heures, faire son ménage, elle peut même laver son parquet assez facilement.

Depuis son traitement, elle n'a jamais eu de phlébite, accident si fréquent auparavant.

Circonférence abdominale au niveau de l'ombilic, 110 centimètres.

20 juin 1887. — La malade va de mieux en mieux. Elle engraisse encore et le travail est toujours plus facile.

4 janvier 1890. — Mme P..., qui n'a pas été soignée depuis plus de trois ans, dit s'être très bien portée, ne souffrant pas du tout, se sentant au contraire plus légère, n'ayant aucun écoulement sanguin ou leucorrhéique, marchant et travaillant beaucoup. L'appétit, le sommeil ont été très bons, les mictions un peu fréquentes.

En novembre 1889. — Brusquement, sans cause connue, elle est prise d'un écoulement roussâtre, peu abondant mais continu, augmentant sous l'influence de la marche; cet écoulement disparaît spontanément au bout de quelques jours.

Le 20 juin 1890. — Malgré le volume de son ventre, elle jouit toujours d'une santé parfaite, aucune perte, pas de douleur; marche et travaille facilement, se sent légère et bien portante.

Bon appétit, digestion facile, bon sommeil; poids 169 livres.

Examen. — Le fibrome arrive à 11 centimètres de l'appendice xiphoïde. Malgré cette diminution du fibrome la circonférence abdominale au niveau de l'ombilic = 118 centimètres. Ce qui tient d'une part à ce que la malade a engraisé, d'autre part à la formation dans la paroi abdominale antérieure presque lamellaire autrefois, d'une notable couche de tissus adipeux (épaisseur de la paroi au-dessous de l'ombilic = 66 millimètres; au-dessus = 30 millimètres).

Revue en *juillet 1891*, puis en *mars 1894*. — Malgré un travail très fatigant la malade se porte très bien, elle se plaint seulement d'une petite hernie ombilicale épiploïque.

En *mars 1894*. — La tumeur paraît encore retrocédée (il est impossible de mesurer exactement sa hauteur, car il y a une couche graisseuse sous-cutanée considérable). On peut la déplacer facilement dans tous les sens sans provoquer aucune douleur. Au toucher : la situation paraît la même, on sent très bas, près de la vulve, l'utérus prolabé enveloppé d'un ancien exsudat qui le fixe en arrière. Le col a disparu et l'on trouve au fond du vagin une dépression qui correspond à l'ancien orifice.

En *juin 1897*, se porte plutôt de mieux en mieux, mais se plaint de bourdonnements d'oreilles. On trouve dans ses urines une quantité notable de sucre. Ne fait aucun traitement.

En *août 1898*, revient à la Clinique, se plaignant de malaise général, douleurs vagues, polydypsie. Démangeaisons, céphalées, affaiblissement de la vue, pollurie.

L'analyse des urines faite par le D^r Berlioz donne 133 grammes de glycose par jour avec une diurèse de 2250 grammes. On soumet alors Mme Pic... au traitement par les hautes fréquences.

Du 8 août 1898 au 18 janvier 1899. — 49 séances de lit-condensateur de 15' de durée.

En retire les bénéfices suivants :

- 1^o Se sent plus forte, plus vigoureuse ;
- 2^o Beaucoup moins de polydypsie ;
- 3^o Vue meilleure, moins de bourdonnements d'oreilles ;
- 4^o Moins de démangeaisons.

Par contre elle trouve qu'elle a quelques coliques abdominales qu'elle n'avait pas auparavant : en octobre 1898 elle nous dit même avoir eu une indigestion avec coliques violentes et vomissements fécaloïdes ; quand nous la revoyons quelques jours après, elle est tout à fait bien portante ; le ventre est souple et non ballonné.

A partir de *janvier 1899*, la malade ne pouvant plus venir, pour raisons personnelles, se faire soigner, on lui prescrit le régime alimentaire des diabétiques qu'elle suit à peu près. La quantité de glycose qui était de 36 grammes vers la fin du traitement électrique cesse de diminuer (44 grammes en juin), mais l'état général continue à s'améliorer.

En *juillet 1899*, après quelques jours de constipation, est prise brusquement d'arrêt des matières fécales et des gaz — douleurs du ventre, — vomissements fécaloïdes.

Le D^r Planet, appelé le 11 juillet, pratique un lavement électrique d'après la technique de Boudet (de Paris) qui fait immédiatement reparaitre le cours normal des matières. En somme elle a été malade durant trois jours seulement.

Vue pour la dernière fois le 28 août 1899, se disait en très bonne santé, sauf un peu de lassitude générale.

En résumé. — Fibrome hémorragique énorme et inopérable, guéri symp-

tomatiquement et amélioré anatomiquement. *Ménopause à la fin du traitement.* Depuis, c'est-à-dire quinze ans plus tard, la malade va bien au point de vue abdominal.

RÉFLEXIONS. — Voici donc une malade régulièrement suivie durant seize ans et qui semble avoir retiré du traitement un bénéfice incontestable; dans son histoire il faut attirer l'attention sur plusieurs points :

1° Portant un fibrome considéré comme absolument inopérable, émaciée, cachexiée, ayant des ménorragies et des métrorragies, des troubles locaux et généraux très intenses, dès le début du traitement électrique elle voit d'abord son ventre diminuer et une aménorrhée se produire, puis son état général se relever rapidement. Au bout de sept mois, elle a une fois ses règles, puis entre définitivement en ménopause et, depuis, se porte très bien par rapport à son état antérieur. Si c'est une coïncidence il faut admettre qu'elle est particulièrement heureuse.

2° Quelle a été l'influence respective de la ménopause et du traitement, dans les améliorations acquises et dans la diminution de la tumeur? Il est certainement difficile de le préciser; cependant la ménopause ne s'est établie définitivement qu'en mars 1884 et l'on peut considérer jusqu'à un certain point la période précédente comme une période d'aménorrhée due au traitement. D'autre part, la ménopause est en général retardée dans le fibrome hémorragique tandis que chez notre malade elle s'est établie à quarante-cinq ans.

3° Le fibrome a manifestement et notablement diminué de volume, d'abord avant le retour d'âge, puis l'involution a continué depuis d'une façon indéniable.

4° Les deux accidents intestinaux légers avec vomissements fécaloïdes que la malade a présentés en 1898-99, sont-ils en rapport avec le fibrome? Sont-ils attribuables à la hernie ombilicale qui d'ailleurs semble épiploïque? Sont-ils purement accidentels? En tous cas le fibrome, étant absolument mobile, ne semblait pas présenter d'adhérence et n'ayant donné lieu jusqu'à présent à aucun phénomène semblable, il semble que, s'il a une part quelconque dans la genèse de ces accidents, cette part doit être bien minime.

Obs. VI. — (Thèse Carlet, page 119. Thèse Jacobowska, obs. II.)

Mme Rod... (n° 185), trente-trois ans, femme de ménage, entrée le 30 septembre 1882.

Réglée à quatorze ans, très irrégulièrement, difficilement, et avec une grande abondance (huit jours en moyenne); pas de leucorrhée.

Mariée à vingt-sept ans, un enfant à terme; suites de couches difficiles.

Trois mois après l'accouchement, survint une hémorragie qui a persisté presque continuellement depuis. Le Dr Tripier, consulté en 1880, diagnostique un fibrome utérin qu'il traite, pendant quatre mois, par les injections d'iodure de potassium; ce traitement améliore les hémorragies, mais n'a que peu d'influence sur les douleurs.

Le 30 septembre 1882. — La malade se plaint encore de douleurs presque continuelles, de tiraillements dans l'abdomen, des règles excessivement abondantes, deux fois par mois, avec caillots, de dysménorrhée et de leucorrhée. Le travail est difficile, la station debout très fatigante.

Au toucher, *fibrome interstitiel du fond de l'utérus (en arrière)*.

Hystérométrie, 7 1/2.

Du 9 décembre 1882 au 22 mars 1883.

6 *galvano-caustiques positives*, 60 m.A., 5 m.

Dès la seconde opération, les douleurs ont été diminuées, ainsi que l'abondance des règles. Plus de pesanteur abdominale.

Le 13 juillet 1887. — La malade respire un air de santé. Le visage est coloré, les douleurs existent encore, mais sont peu accusées. Les règles sont peu abondantes, peu douloureuses, mais excessivement irrégulières. La leucorrhée est moins abondante. La marche est facile, la station debout parfaitement supportée.

Le 20 juin 1890. — Mlle Jacobowska revoit la malade, qui, interrogée sur son état symptomatique, affirme ne pas avoir eu de pertes depuis le traitement; les douleurs existent toujours, mais incomparablement moins fortes qu'avant. L'état général reste excellent.

N. B. — Les résultats n'ont pas été complets; le nombre trop petit de séances explique la chose. On pourrait objecter à cette observation qu'elle ne s'appuie pas sur un diagnostic évident, l'hystérométrie étant normale; mais le nom de l'homme qui a porté le diagnostic, ainsi que la ténacité et la nature des symptômes, semblent parler en faveur d'un fibrome.

En résumé, les résultats, si peu complets qu'ils soient, ont persisté en entier pendant *plus de sept ans*, après 6 séances seulement. (*Extrait in extenso de la thèse Jacobowska.*)

RÉFLEXIONS. — 1° Cette observation semble, quoique ces deux traitements aient été l'un et l'autre incomplets, démontrer la supériorité du traitement électrique sur la méthode de Tripier.

2° Nous pensons que le diagnostic était absolument évident non seulement à cause de l'autorité de Tripier, mais encore à cause de la localisation du fibrome; une cavité normale est un fait assez fréquent lorsque l'hyperplasie occupe, comme dans le cas présent, le fond de l'utérus.

OBS. VII. — (Thèse Carlet, page 118. Thèse Jacobowska, obs. XIII.)

Mme Charp... (n° 592), trente-neuf ans, blanchisseuse, entrée le 15 mai 1884.

Réglée à quatorze ans avec durée habituelle de neuf jours, très abondamment, sans douleur.

Mariée à dix-huit ans.

Malade depuis sa 1^{re} couche à vingt et un ans; avec des oscillations, mais jamais de rémission absolue; douleurs abdominales aiguës et localisées surtout à gauche. Menstruation abondante (huit à neuf jours); peu de leucorrhée. A interrompu son travail depuis deux ans. Coût douloureux. Insomnie continuelle depuis un mois à cause des douleurs. Bon appétit.

Diagnostic. — Fibrome interstitiel du corps de l'utérus, développé surtout en avant. Hystérométrie = 9 centimètres.

Traitement. — Du 17 au 27 mai, 2 *galvano-caustiques positives*, 100 m.A., 5'.

La première séance a provoqué une légère réaction douloureuse.

En mai, les règles durent sept jours seulement pour la première fois depuis le mariage.

Du 12 juin au 10 juillet, 4 *galvano-caustiques positives*. Amélioration très grande : toute douleur spontanée a disparu, les règles ont été peu abondantes. Le sommeil est revenu.

Le 15 juillet 1884. — Une perte est survenue et a duré trois jours.

6^e *galvano-caustique positive* à 100 m.A. 5'.

Le traitement a dû être suspendu à cause des exigences de son commerce, la malade se trouvant beaucoup mieux.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Trois ans après, en juillet 1887, la malade a été revue par M. le Dr Apostoli. S'est très bien portée durant trois ans.

L'état général était excellent, elle a engraisé, le visage est devenu coloré.

Les règles ont toujours été régulières, durant quatre jours, avec abondance moyenne, sans caillots et sans douleur. Le volume du ventre était normal; il n'y avait pas de sensation de pesanteur, ni de douleurs. La marche pouvait être effectuée pendant deux-trois heures de suite. Mais depuis mai 1887, les symptômes du début reparaissent peu à peu (pesanteur abdominale, faiblesse, légères douleurs, leucorrhée).

« Le 31 mai 1890. — Nous avons l'occasion de revoir la malade qui nous donne sur son histoire les renseignements suivants. Vers la fin de 1888, elle a commencé à éprouver des douleurs très intenses et continuelles, surtout à gauche; la marche est devenue difficile et tout travail impossible. Amaigrissement sensible; pas d'appétit, pas de sommeil. Elle perdait constamment un liquide roussâtre. En juillet 1889, un médecin appelé à domicile, constata la présence d'un polype, qui a été opéré par M. Nélaton à Lariboisière. Depuis l'opération, l'état de la malade est redevenu satisfaisant et absolument semblable à celui d'avant l'accident.

« A l'examen, l'abdomen est légèrement ballonné, mais indolore à la pression. Au toucher, le col est hypertrophié et dur. L'utérus mobile et en latéroversion droite. Corps fibreux de la paroi antérieure du corps. Prolapsus des annexes gauches. Hystérométrie = 8 3/4. » (*Thèse Jacobowska.*)

Comme le traitement électrique, le traitement chirurgical ne devait donner que des résultats passagers; car en novembre 1892 elle revenait à la clinique : après s'être complètement bien portée durant les trois années

qui suivirent l'opération, elle présente depuis six mois de la pesanteur abdominale, des douleurs du côté gauche, des ménorragies. De plus l'état général est mauvais : marche pénible, pas d'appétit, peu de sommeil, etc.

Examen. — Hystérométrie = 14 centimètres 1/2. Fibrome interstitiel et sous-péritonéal, arrivant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, avec un lobe gauche qui paraît s'extérioriser. Au toucher : col entr'ouvert dans lequel on sent l'extrémité d'un polype en voie de pédiculisation.

Dans le but de soulager la malade et de favoriser si possible l'énucléation du polype, on fait du 5 novembre au 13 décembre 5 séances d'alternatif sinusoïdal, qui procurent les améliorations suivantes : diminution puis disparition presque totale des douleurs ; diminution des ménorragies¹ ; mais il reste une hydorrhée abondante. En décembre et janvier elle se trouve si bien qu'elle interrompt le traitement, puis elle est reprise de douleurs.

Du 7 février 1893 au 11 mars, 5 nouvelles séances d'alternatif sinusoïdal qui ne procurent pas de soulagement notable.

Le 20 mars 1893 la pédiculisation paraissant suffisante, le Dr Apostoli procède sans anesthésie à l'ablation du polype.

Les suites sont à peu près normales, cependant il se produit deux à trois fois de légères poussées fébriles (38°).

N. B. — Il semble probable, d'après les notes prises à l'époque jour par jour, que la masse enlevée était simplement un noyau faisant saillie dans la cavité cervicale, mais qu'il restait une tumeur non pédiculée de la surface interne du corps.

En avril et mai la malade va bien, les règles durent trois jours.

A partir de juin, hydorrhée et hémorragie.

En juillet, douleurs très vives, hémorragie continue.

Le 11 août, ablation d'un polype à l'hôpital Saint-Joseph par le Dr Lebec. Suites normales, sort de l'hôpital le 28 août bien portante.

A partir de ce moment recommence à être souffrante, puis son état s'aggrave de plus en plus : mauvais état général, douleurs aiguës, hydorrhée considérable.

Le 3 octobre on constate qu'un nouveau polype, non pédiculé, fait saillie dans la cavité utérine.

Le 14 octobre, ablation de ce polype par le Dr Bouilly à Cochin. Cette opération ne procure pas d'amélioration. L'hydorrhée, les hémorragies, les douleurs continuent et un mois plus tard (novembre 1893) le Dr Bouilly fait une hystérectomie abdominale. A la suite la malade a dû rester à l'hôpital pendant trois mois (phlébite?).

Vue pour la dernière fois en janvier 1899. Depuis la dernière opération s'est toujours bien portée ; mais elle a conservé des douleurs du flanc gauche quand elle marche, douleurs parfois assez fortes pour l'obliger à

1. La diminution des hémorragies sous l'influence du sinusoïdal n'est pas un fait constant ; Mme Kaplan-Lapina a remarqué dans sa thèse (thèse de Paris, 1893) qu'il rappelait parfois les pertes antérieures, et l'on peut dire qu'au moins avec des séances de cinq minutes de durée il augmente plutôt l'écoulement sanguin.

s'aliter (jamais de douleurs au repos) ; quelques bouffées de chaleur et quelques troubles congestifs (ménopause), un peu de faiblesse générale.

En résumé, 6 séances seulement de galvano-caustiques ont procuré un bénéfice complet qui s'est maintenu intégralement durant plus de trois ans.

RÉFLEXIONS. — Il est regrettable que lorsque la malade s'est mise à expulser son fibrome sous forme de polypes successifs on n'ait pas repris l'application de la méthode d'Apostoli et qu'on ait eu recours aux séances de sinusoïdal. On aurait pu ainsi, en 1892, essayer d'atteindre la ménopause (elle avait alors quarante-neuf ans) sans recourir à une opération dont les suites immédiates paraissent avoir été assez sérieuses.

Obs. VIII. — (Thèse Carlet, page 203. — Thèse Jacobowska, obs. V.)

Mme Fau... (n° 232 *bis*), quarante-trois ans, marchande, entrée le 12 décembre 1882.

Incontinence d'urine dans l'enfance.

Réglée à quatorze ans, facilement, sans douleur, assez abondamment (trois jours en moyenne), pas de leucorrhée.

Mariée à dix-neuf ans, trois grossesses à terme (la dernière à vingt-quatre ans) ; vers cette époque abcès ganglionnaires du cou.

Accidents hystériques multiples de vingt-cinq à trente-cinq ans.

A commencé à souffrir du ventre en 1882 ; les douleurs vagues de cette région ont été suivies de métrorragie très forte qui a obligé notre malade à s'aliter. La perte fut soignée classiquement et s'arrêta le neuvième jour.

État actuel. — Marche difficile, pesanteur dans le ventre, douleurs lombo-abdominales constantes ; la menstruation est beaucoup plus abondante depuis mars 1882. Crises hystériques fréquentes.

Au toucher. — Fibrome interstitiel de la paroi postérieure. Hyst. = 8 cent. 1/2.

Du 14 décembre 1882 au 24 mai 1883. — 15 *galvano-caustiques positives* à 60 m.A., 5'.

Dès le début du traitement la malade a été très améliorée, surtout quant aux douleurs et à la marche, les règles ont conservé leur abondance.

Du 6 novembre 1883 au 1^{er} mars 1884. — 6 *galvano-caustiques positives* à 80 m.A., 5'.

Ces opérations complètent l'amélioration antérieure, *les règles ont perdu leur abondance*. Le traitement a été suspendu par la malade qui se trouve guérie. Mais le 31 mai, elle revient au lendemain d'une petite perte. L'hystérométrie est difficile, et on fait une galvano-caustique négative, pour rétablir la perméabilité du canal.

Le 15 juillet 1884. — Mme F... se trouve très bien, n'a plus aucune douleur dans le ventre, et sauf ses troubles hystériques, elle se considère comme guérie. Les dernières règles ont été très peu abondantes. Hyst. 8 cent. 1/4.

Le 19 décembre 1886. — La malade va en général très bien. Les règles sont, il est vrai, irrégulières, mais sans dysménorrhée et sans leur abondance d'autrefois. L'hystérométrie est difficile.

Le 3 juillet 1890. — La malade vient sur notre invitation à la clinique du Dr Apostoli. Elle est entrée en ménopause depuis 1886, et n'a eu depuis cette époque, ni pertes, ni leucorrhée; jamais de douleur dans le ventre. Elle est restée nerveuse, mais sans les crises hystériques d'autrefois; elle peut marcher très longtemps sans fatigue; le sommeil est excellent.

Au toucher. — Utérus de volume normal; légère hypertrophie en arrière, prolapsus des annexes droites. Le toucher rectal permet de constater un petit noyau fibreux sous-péritonéal, vestige probable de l'ancien fibrome. Hystérométrie impossible.

Revue en avril 1891; se plaint d'une névralgie de la région sacrée qui disparaît spontanément au bout de quelques jours. Sauf cet incident, même état satisfaisant.

Revue en août 1893 et juin 1894. — N'a aucune douleur, aucune perte. Est de moins en moins nerveuse, en somme, tant au point de vue local qu'au point de vue général, état symptomatique excellent.

Examen. — Utérus petit en rétroversion, en involution rétrograde: il n'y a pas de trace actuelle de fibrome, aucune sensibilité utérine ou péri-utérine.

En résumé: Dix ans après la fin du traitement, est en ménopause depuis sept ans, elle reste guérie symptomatiquement et, anatomiquement, le fibrome a disparu.

RÉFLEXIONS. — La diminution lente et progressive qui a été constatée à la suite du traitement a abouti, grâce à l'involution senile, à une disparition complète.

Obs. IX. — (Thèse Carlet, page 103. — Thèse Jacobowska, obs. I.)

Mme Rog... (n° 182), quarante-huit ans, entrée le 28 septembre 1882.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Réglée à dix-neuf ans, facilement, avec une abondance moyenne, pendant quatre ou cinq jours, pas de leucorrhée. Mariée à vingt-sept ans; fausse couche de trois mois à vingt-neuf ans, précédée d'une métrorragie prolongée. A trente ans, accouchement à terme.

A trente-deux et trente-quatre ans, nouvelles couches normales. De trente-quatre à quarante-cinq ans, malaise presque continu, station debout difficile, règles régulières.

En 1879, à l'âge de quarante-cinq ans, l'exaspération des douleurs abdominales oblige la malade à consulter le Dr Tripier qui, après avoir diagnostiqué une antéflexion, l'a soignée par une faradisation recto-utérine trois fois par semaine pendant trois mois. En présence d'une métrorragie presque continue, ayant succédé à ce traitement, on réexamine la malade et cette fois on diagnostique la présence d'une *tumeur fibreuse dans la paroi antérieure de l'utérus*. On la traite par les injections d'iode de potassium régulière-

ment trois fois par semaine, durant deux ans et trois mois; la marche devient facile, les douleurs du ventre disparaissent, les règles deviennent normales, les pertes ne se produisent plus.

A la fin de 1881, la malade se trouve bien et suspend le traitement; au bout de neuf à dix mois les anciens symptômes reparurent.

Vient consulter le D^r Apostoli, avec une hémorragie qui dure depuis vingt jours.

Diagnostic. — Fibrome de la paroi antérieure du corps. Hystérométrie = 8.

Traitement. — Du 30 septembre 1882 au 21 avril 1883, 15 *galvano-caustiques positives*, 60 m.A., 5'.

Résultats immédiats. — Arrêt de l'hémorragie, cessation des douleurs, règles régulières, normales, augmentation des forces. Suspend le traitement se considérant comme guérie.

Suites éloignées. — Après la fin du traitement, aménorrhée de trois mois, puis les règles ont reparu régulières, peu abondantes, non douloureuses.

En juillet 1884, état de santé excellent, est forte, vigoureuse, a beaucoup engraisé. Diminution considérable du fibrome antérieur. Atrésie de l'orifice interne (atrésie qui ne provoque aucune dysménorrhée).

Ménopause en 1886, à cinquante-deux ans.

Depuis a été vue à diverses reprises jusqu'en 1893 et a continué à jouir d'une santé parfaite.

En résumé : *guérison symptomatique complète* (avec amélioration anatomique), *maintenue intégralement jusqu'à la ménopause* qui est venue, trois ans plus tard, confirmer les résultats acquis, *sous l'influence de 15 galvano-caustiques positives*. Neuf ans après la ménopause, continuait à se bien porter.

RÉFLEXIONS. — Cette observation semble confirmer nettement l'opinion d'Apostoli qui pense que les résultats sont manifestement plus rapides et plus durables sous l'influence des galvano-caustiques que sous l'influence des injections à l'iodure de potassium, puisque plus de deux ans de ce dernier traitement régulièrement suivi n'ont procuré qu'une amélioration de dix mois, alors que les résultats de la méthode électrique ont été définitifs. Mais il ne faut pas oublier que le mode thérapeutique employé en dernier lieu a dû bénéficier jusqu'à un certain point des médications antérieures, et que son action a pu être favorisée par elles.

Obs. X. — (Thèse Carlet, page 94. — Thèse Jacobowska, obs. IV.)

Mme Leg... (n° 315), trente et un ans, marchande aux Halles, entrée le 5 mai 1883.

Réglée à douze ans, toujours sans douleurs et avec peu d'abondance, pendant huit jours. Mariée à quinze ans et demi; six grossesses normales; accouchements naturels, le dernier en 1881.

Elle s'est toujours bien portée, jusqu'en septembre 1882, lorsqu'à la suite d'un refroidissement survint une *aménorrhée de trois mois*, avec douleurs de ventre et de reins, difficulté de la marche, etc. En décembre de la même année, début d'une métrorragie de trois mois aussi, avec de grandes douleurs. Séjour de trois mois à l'hôpital, qu'elle quitte malgré la défense du chef de service.

État actuel. — La malade est pâle, exsangue, *faible au point de garder le lit*. Poids total = 88 livres. Elle se plaint de douleurs intermittentes, mais très aiguës dans le ventre et les reins, continues dans les cuisses. Les règles des derniers mois ont duré douze jours avec une grande abondance, avec caillots. Fort peu de leucorrhée.

Depuis dix mois, la marche, le travail et la station debout sont impossibles à cause des douleurs; le sommeil même est entrecoupé. Depuis sa sortie de l'hôpital est restée trois mois alitée chez elle.

Au toucher. — L'utérus est *peu mobile*, manifestement hypertrophié, légèrement sensible. La paroi postérieure porte un *fibrome*. Hystér. = 9 centimètres.

Traitement. — Du 8 mai 1883 au 21 juin 1884 (thèse Carlet), on fait 25 *galvano-caustiques positives* à 100 m.A., 5 m.

Après les cinq premières, accroissement des douleurs; après les cinq suivantes l'amélioration est assez grande pour permettre la reprise de son pénible métier de marchande aux Halles (travaille une partie de la nuit, ne dort que cinq heures), métier qu'elle avait interrompu depuis sept mois.

En octobre 1883, les règles durent sept jours, la malade engraisse et se trouvant bien, suspend le traitement.

En juillet 1886. — Sur la demande du Dr Apostoli vient donner de ses nouvelles : elle ne souffre presque jamais; les règles sont régulières, d'abondance moyenne, durent cinq jours sans douleur.

État général excellent; poids = 125 livres.

En somme ne se plaint que d'un peu de pesanteur abdominale quand elle se fatigue beaucoup.

En avril 1888. — Même état de santé absolument satisfaisant.

Examen. — Pas de sensibilité à la pression abdominale; utérus en position normale, mobile, sans trace de périmérite récente ou ancienne; il présente en arrière au niveau de l'isthme un petit noyau fibreux, gros comme une noisette, et il est toujours hypertrophié surtout sur sa face postérieure. Hystérométrie impossible.

Depuis la publication de la thèse Jacobowska, a été revue à diverses reprises :

En juin 1891, continue à se bien porter, continue sans difficulté son métier, marche facilement. Bon appétit. Bon sommeil. Pas de constipation. Miction normale.

Aucune douleur du ventre.

Pas de leucorrhée.

Pas de perte intermenstruelle.

Les règles présentent les caractères suivants : en avance de deux jours,

elles sont d'abord assez abondantes, durant deux jours, s'arrêtent un jour, puis reparaissent deux jours insignifiantes, sans aucune douleur (seulement un peu de pesanteur le deuxième jour).

Examen. — L'utérus est très mobile, en rétroversion. Il n'y a plus de noyau de fibrome appréciable, mais l'utérus paraît s'être encore un peu hypertrophié depuis le dernier examen. Hystérométrie impossible.

Vue pour la dernière fois le 28 mars 1895 : L'amélioration est intégralement maintenue. Règles régulières toujours avec les mêmes caractères et sans douleur.

Presque jamais de douleurs du ventre, sauf après des excès de travail. Continue son métier sans difficulté.

Ne croit pas que son ventre grossisse.

Très bon état général, facies excellent.

En résumé : 25 *galvano-caustiques positives* ont supprimé les méno et métrorragies et les douleurs.

La malade restait complètement guérie symptomatiquement onze ans après la cessation du traitement, malgré un léger accroissement du volume de l'utérus.

RÉFLEXIONS. — Cette observation présente un intérêt tout particulier par ce fait que la malade, onze ans après, n'était pas encore en ménopause. On voit par là que le traitement électrique n'est pas seulement destiné à aider les femmes à passer les dernières années qui les séparent de leur retour d'âge, et trouve son indication même chez les femmes encore jeunes.

Obs. XI. — (Thèse Carlet, page 90. — Thèse Jacobowska, obs. XI.)

Mme Ect... (n° 333), vingt-deux ans, blanchisseuse, entrée le 15 mai 1883.

Réglée à quatorze ans, régulièrement et sans douleur. Il y a trois ans, un enfant à terme.

A vingt et un ans, elle éprouve des symptômes de péritonite à la suite d'un coup de pied dans le ventre, reçu au moment des règles. La maladie a duré deux mois et demi. Depuis Mme Ect... ne s'est jamais parfaitement remise, souffrant continuellement de la région où le coup fut porté.

La menstruation est devenue beaucoup plus abondante (dix à douze jours au lieu de quatre).

Dysménorrhée.

État actuel. — La malade est amaigrie, son teint est décoloré, l'incapacité est complète; vomissements fréquents depuis plusieurs mois. Crises nerveuses depuis l'accident. La marche et la station debout sont difficiles. Pas de leucorrhée.

Examen. — *Hyperesthésie des deux régions ovariennes surtout à gauche.* Au toucher, on sent un petit fibrome interstitiel dans la paroi postérieure, de l'utérus. Hyst. 8 cent. Les culs-de-sac sont libres, l'utérus est mobile, pas de phlegmasie péri-utérine.

Traitement. — Le 15 et le 17 mai 1883, 2 *faradisations utérines à fil fin*, intensité maximum, pendant 5 minutes.

Du 24 mai 1883 au 22 juin 1884, 27 *galvano-caustiques positives* à 55 m.A., 5 m.

De temps en temps, on fait pour les accidents hystériformes un traitement complémentaire par des *faradisations utérines* ou des *galvanisations du pneumogastrique*. L'amélioration du côté de l'abdomen a été facilement obtenue, et nous trouvons notés, dans la thèse du D^r Carlet (juillet 1884), les résultats suivants : *diminution de la durée des règles* (cinq jours au lieu de douze), *suppression de la douleur*, *relèvement de l'état général*, au point de permettre à la malade de reprendre le travail fatigant de blanchisseuse, même pendant les règles, sans en être incommodée.

De juin 1884 à juin 1885, on a encore fait à la malade 14 *galvano-caustiques positives* à 100 m.A., 5 m. Même état excellent. Le traitement est suspendu.

En juillet 1886. — Même état symptomatique; mais l'utérus *est manifestement augmenté de volume*, et le fibrome paraît avoir évolué du côté du péritoine, même sur les deux faces latérales indemnes auparavant. En outre, l'hystérométrie avec la sonde ordinaire n'est plus possible (atréisie).

Le 14 juin 1888. — État général toujours excellent. Les règles ont été très abondantes au mois de mars dernier, treize jours, mais en avril et mai, elles sont revenues à leur abondance antérieure.

Le 20 octobre 1889. — La malade va toujours bien; elle a continué son travail fatigant, sans aucune interruption. La menstruation est redevenue peu abondante pendant deux jours. Au toucher, la situation anatomique ne paraît pas changée, l'hystérométrie avec la petite sonde = 7 1/2. (Thèse Jacobowska.)

En mars 1893, continue d'être dans le même état satisfaisant, règles en avance de huit jours, peu abondantes, durant deux jours et précédées d'un certain degré de dysménorrhée, pas de douleurs intermenstruelles, pas de leucorrhée.

Revient à la clinique surtout à cause de sa dysménorrhée et pour des troubles nerveux et stomacaux.

Examen. — Utérus en rétroversion, avec hypertrophie fibreuse localisée la face postérieure, un peu fixé en arrière. Près de la corne droite on trouve un petit corps arrondi qui semble, en raison de sa forme et de sa sensibilité, être l'ovaire, mais pourrait être un fibrome sous-péritonéal. A gauche, reliquat d'ancien exsudat. L'atréisie utérine persiste.

Du 21 au 30 mars 1893, 6 applications cervicales de courants alternatifs de hautes fréquences ¹ qui améliorent les troubles digestifs.

Se porte bien ensuite jusqu'en mars 1894, n'ayant aucun autre trouble

1. Le D^r Apostoli a, le premier, expérimenté, en collaboration avec le D^r Oudin, les applications de hautes fréquences en gynécologie; malheureusement faites en 1893-1894, à une époque où ces courants étaient mal connus et le matériel défectueux, ces recherches ne donnèrent que peu de résultats; c'est pourquoi elles n'ont pas été publiées.

qu'un peu de dysménorrhée; en mars et avril 1894, les règles augmentent d'abondance et durent douze à quatorze jours (au lieu de deux à quatre).

Revient à la clinique le 13 mai 1894. Utérus en rétroversion, le fond présente une hypertrophie fibreuse de la grosseur d'une poire; à droite, accolée à la corne utérine, on trouve une petite tumeur probablement ovarienne, de la grosseur d'une châtaigne.

Du 17 mai au 5 juin 1894, 4 nouvelles galvano-caustiques intra-utérines positives (l'hystéromètre, les deux dernières fois, pénétrant jusqu'au fond de l'utérus), 60 à 100 m.A., 5'.

Depuis n'a plus donné de ses nouvelles, mais nous avons appris qu'elle s'est mariée, ce qui semble indiquer que son état de santé n'est pas trop précaire.

En résumé : 41 galvano-caustiques positives ont amené un relèvement de l'état général, une suppression des douleurs et des ménorragies, qui s'est maintenue durant huit ans (de 1885 à 1893). Pas d'amélioration anatomique.

Obs. XII. — (Thèse Carlet, page 81; Apostoli, *Documents pour servir à l'histoire de l'électrothérapie des fibromes utérins*, *Revue internationale d'électrothérapie*, pages 462 et suivantes, année 1891.)

Mme Lef... (n° 115), vingt-sept ans, brodeuse, entrée à la clinique le 20 mai 1882.

Antécédents héréditaires. — Fortement entachés d'hystérie.

Antécédents personnels. — Réglée à huit ans et demi normalement, de douze à vingt ans, crise hystérique à chaque menstruation.

Mariée à dix-neuf ans, un enfant à vingt ans, accouchement normal; à partir de cette époque, règles plus abondantes et pertes de sang intermenstruelles.

Soignée par plusieurs médecins par des cautérisations du col qui l'ont rendue plus malade.

État actuel. — Accidents hystériques multiples : crises de nerfs, vomissements incoercibles, épigastralgie, douleurs ovariennes, lipothymies, perversions gustatives rebelles qui l'obligent à ne se nourrir que de pain et d'eau. Difficulté extrême pour la marche. Pesanteur constante du ventre.

Au toucher. — Vaginisme considérable qui ne permet l'introduction du doigt qu'avec beaucoup de difficultés et rend le coït insupportable. (Elle avait remarqué du reste, avant son mariage, que, même en faisant sa toilette, elle avait une sensibilité vulvaire des plus vives.) Fibrome interstitiel du fond de l'utérus. Hystérométrie = 8 cent. 1/2.

Traitement. — De mai à novembre 1882 est soignée par divers procédés électriques qui font disparaître les différents troubles hystériques : 1° galvanisations du pneumo-gastrique droit qui guérissent la perversion gustative; 2° galvanisations du pneumo-gastrique gauche qui calment les palpitations; 3° faradisations intra-utérines qui enlèvent les douleurs ovariennes et amènent une sédation marquée du nervosisme.

En somme, outre le bien-être complet immédiat consécutif à chaque trai-

tement et plus ou moins durable dans son intégrité, la malade va beaucoup mieux au point de vue de l'hystérie. On commence alors le traitement du fibrome.

Du 18 novembre 1882 au 17 février 1883, 10 *galvano-caustiques intra-utérines positives*, 30 à 50 m.A., 3 à 5'.

La malade ne les tolère que d'une façon très variable, elles sont suivies le soir et le lendemain d'une petite perte sanguine et l'amélioration ne se produit que le deuxième ou le troisième jour. Durant ce temps la leucorrhée augmente et l'abondance des règles semble diminuer. Après la dernière séance qui a été très mal tolérée (crise de nerfs), Mme Lef..., qui est rentrée chez elle, à Vincennes, sans difficulté, s'alite et reste alitée trois mois environ.

Elle est soignée par le Dr Apostoli : dès le premier jour, elle éprouve une *douleur ovarienne* double des plus aiguës avec péritonisme et vomissements incoercibles, le tout simulant une péritonite; mais il n'y a pas de ballonnement du ventre. Durant trois semaines, métrorragie abondante.

Elle revient à la clinique en mai, présentant une *douleur ovarienne* gauche, immédiatement soulagée par la reprise des faradisations utérines.

Le 12 mai, 2^e *crise de péritonisme*, plus douloureuse, sans vomissement, qui la tient alitée jusqu'à la fin de juillet.

Du 28 juillet au 14 août, faradisations vaginales bipolaires qui restaurent complètement la malade et lui rendent la facilité complète de la marche.

En novembre 1883 revient pour un retour de la douleur ovarienne, des règles qui ont repris leur abondance initiale, de nouvelles métrorragies.

Du 15 novembre 1883 au 27 mai 1884 : 18 *galvano-caustiques positives*, 40 à 50 m.A., 5'; mieux supportées que celles de la première série.

Les métrorragies disparaissent durant les trois premiers mois, pour reprendre ensuite; mais l'état général s'améliore, les douleurs ovariennes disparaissent, très peu de troubles nerveux.

Le 1^{er} juin, 3^e *crise de douleurs ovariennes* doubles, et de péritonisme qui la force à s'aliter jusqu'au 1^{er} juillet.

Le 8 juillet, revient à la clinique, elle est très bien remise, marche facilement, n'a aucune douleur.

A l'examen, le vaginisme est encore plus marqué qu'au début. Hystérométrie = 7 cent. 1/2 (thèse Carlet).

Mme Lef... recommence le 15 juillet 1884 à se faire traiter, l'état général étant suffisamment bon.

On lui fait 1 *galvano-caustique positive* (27^e) à 40 m.A. qui provoque une légère hémorragie et une réapparition de la névralgie ovarienne.

Le 19 juillet, 1 faradisation intra-utérine bipolaire fait cesser cette névralgie.

Durant les vacances à ses règles : en juillet, qui durent trois jours, *très peu abondantes*, sans douleur; en septembre, avec dix jours de retard, *très peu abondantes*, sans douleur, durant trois jours.

Le 20 septembre, à son retour à la clinique, l'état général est notablement amélioré; les douleurs sont atténuées, la marche bien plus facile.

A partir de ce moment, l'amélioration suit une marche presque régulièrement progressive et on lui fait du 20 septembre 1884 au 7 mai 1885, *23 nouvelles séances de galvano-caustiques positives* à 60 m.A. en moyenne. Entre temps, pour des rechutes légères de ses troubles nerveux, on lui fait 1 galvanisation de la moelle et 2 faradisations intra-utérines de tension.

Au sujet de ce dernier traitement, la malade fait remarquer qu'il amène chaque fois et qu'il amenait autrefois une augmentation d'abondance des règles.

Le 7 mai 1885 on cesse définitivement tout traitement (elle a subi en tout 50 galvano-caustiques intra-utérines positives depuis mai 1882), l'état général est bon, elle a engraisé de 13 livres depuis un an, elle n'a pas de douleurs du ventre, les règles sont peu abondantes, non douloureuses.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Vient à la clinique à plusieurs reprises jusqu'en mai 1886.

A cette dernière date, l'état est le suivant :

Depuis juillet 1884, la menstruation est plutôt faible en quantité, dure deux à quatre jours et se reproduit régulièrement tous les vingt-cinq jours. Jamais de métrorrhagie ni de leucorrhée. Pas de douleur.

Au point de vue général, elle se plaint seulement de palpitations assez fréquentes. Les digestions sont normales, pas de troubles gustatifs. La marche est facile.

Examen. — Hystérométrie = 7 cent. 1/2. Il y a toujours un vaginisme intense qui rend le toucher très difficile, quoique non douloureux, à cause de contractures involontaires spasmodiques (le coït est toujours insupportable).

Le ventre autrefois très ballonné présente actuellement un volume normal. On ne constate pas de zone ovarienne hystérique.

A été revue depuis lors jusqu'en juillet 1891 par le Dr Apostoli dans son cabinet; continuait à aller très bien, pas de pertes sanguines, douleurs ovariennes atténuées ou disparues.

En résumé : Malgré l'intolérance nerveuse, la faiblesse des intensités employées et l'explosion d'accidents hystériques graves intercurrents, 50 *galvano-caustiques* ont amené la guérison des symptômes attribuables au fibrome; cette guérison s'est maintenue intégralement six ans après la cessation de la médication électrique et la profondeur de l'hystérométrie a diminué de 1 centimètre durant le traitement.

RÉFLEXIONS. — De tous les cas rapportés dans la thèse Carlet et ayant été l'objet d'un traitement suffisant, cette observation était la seule « où l'on constate l'insuccès apparent des galvano-caustiques positives contre les hémorragies ».

Cet insuccès avait été attribué à l'insuffisance des intensités employées, insuffisance occasionnée par l'intolérance nerveuse constatée chez cette malade. Or, comme nous venons de le voir, la con-

tinuation du traitement a fini cependant par triompher après un échec passager.

Il faut d'ailleurs remarquer l'importance du fait signalé plus tard par la malade et reconnu exact : à savoir que les faradisations intra-utérines de tension favorisaient les hémorragies.

Ce fait, qui est rare, n'est cependant pas absolument exceptionnel.

En tout cas si l'action électrolytique directe sur la muqueuse a été trop faible aux intensités employées pour avoir rapidement raison des pertes sanguines, il est non moins certain que, soit par la répétition de cautérisations trop légères en elles-mêmes, soit sous l'influence de l'action trophique interpolaire, la malade est cependant arrivée à une guérison symptomatique complète.

D'autre part, cette observation présente un intérêt capital en raison des crises de péritonisme nerveux qui y sont signalées. Sans vouloir entrer ici dans l'étude des manifestations de l'hystérie sur l'appareil génital de la femme, signalons seulement que ces crises avaient été considérées à distance par un observateur mal informé comme des péritonites vraies, péritonites imputées à la méthode d'Apostoli. Celui-ci a fait justice de ces allégations (Documents pour servir à l'histoire, etc., *loco citato*) et a démontré : 1° que les galvano-caustiques appliquées 50 fois ne pouvaient être rendues responsables des accidents survenus deux fois au moment de leur application et une fois manifestement en dehors d'elles ; 2° que les accidents précités étaient indiscutablement de nature hystérique.

OBS. XIII. — (Thèse Carlet, page 137. Apostoli, *Gazette des Hôpitaux*, 9 juin 1888. Thèse Jacobowska, obs. VI).

Mme Wis..., actuellement Mme Stig... (n° 579), trente et un ans, ménagère, entrée le 1^{er} mai 1884.

Unipare, malade depuis sa grossesse, il y a dix ans. Douleurs presque continuelles du ventre surtout à gauche, menstruation irrégulière, abondante, avec dysménorrhée, marche difficile, leucorrhée assez abondante, coït toujours douloureux, a dû interrompre tout travail en ville depuis dix ans, vient de présenter une période d'aménorrhée de sept mois, suivie de règles normales.

Examen. — Fibrome interstitiel du fond de l'utérus. Hystérométrie = 9 1/4.

Traitement. — Du 1^{er} mai au 10 juillet (thèse Carlet), 5 galvano-caustiques positives, 100 m.A., 5', amènent une amélioration marquée : moins de douleurs, marche plus facile, coït indolore pour la première fois depuis dix ans.

Durant les vacances présente de nouveau des hémorragies.

Du 16 septembre 1884 au 31 janvier 1885 : 14 galvano-caustiques positives, 100 m.A., 5'.

Suspend le traitement, n'ayant aucune douleur et présentant des règles normales.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS : Vient donner de ses nouvelles en 1888. Elle a travaillé continuellement depuis sa sortie de la clinique; les règles sont régulières, sans douleur, d'abondance moyenne, elles durent quatre à cinq jours et viennent à époque fixe.

Elle travaille continuellement debout et a eu un peu de pesanteur du bas-ventre que la récente application d'un pessaire vient de faire disparaître.

Examen. — Abaissement considérable de l'utérus. Hypertrophie considérable du col qui est légèrement exulcéré. Le corps est hypertrophié en totalité et présente de plus une hyperplasie fibreuse de ses deux faces latérales. Hystérométrie = 8 3/4. En résumé, quoique la cavité paraisse diminuée, l'hypertrophie utérine a augmenté sur les faces latérales.

En *juillet 1890*, état général excellent, au point de vue utérin ne se plaint absolument que d'un peu de gêne causée par le prolapsus.

Vue pour la dernière fois en *mai 1896* : se plaint actuellement de dyspnée et d'œdème des jambes, liés à un rétrécissement mitral.

Au point de vue utérin même état excellent : bien réglée jusqu'en 1895, elle a vu depuis ses règles diminuer d'abondance et de durée, et actuellement est en aménorrhée depuis deux mois (ménopause?).

Examen. — Utérus modérément hypertrophié avec des noyaux fibreux.

En résumé : 19 galvano-caustiques ont amené une diminution, puis une disparition de tous les symptômes. Cette guérison symptomatique s'est intégralement maintenue durant les onze années suivantes bien que la ménopause ne fût pas encore établie.

Il semble y avoir eu plutôt une légère augmentation du fibrome.

RÉFLEXIONS. — Cette observation démontre pleinement tout ce qu'on est en droit d'attendre des galvano-caustiques : non seulement la malade, souffrant depuis dix ans et incapable de travailler, a été rapidement remise dans un état de santé excellent; mais elle conserve durant onze années les bénéfices acquis. On voit donc qu'il ne saurait y avoir de contre-indications tirées de l'espace de temps qui sépare les patientes de la ménopause.

Obs. XIV. — (Thèse Carlet, page 194.)

Mme Lad... (n° 536), trente-neuf ans, blanchisseuse, nullipare, entrée le *11 mars 1884*.

Mariée à vingt-cinq ans, immédiatement après est forcée de s'aliter six mois pour des troubles pelviens graves; un médecin diagnostique dès ce moment une tumeur utérine.

A trente ans, péritonite; de trente à trente-cinq ans, chaque année, une péritonite.

A été vue par Pean qui a refusé de l'opérer.

Diagnostic. — Tumeur fibreuse, sous-péritonéale, considérable, bilobée, remplissant tout l'abdomen. Col inaccessible.

Traitement. — Du 15 mars au 2 avril 1884, 6 *galvano-punctures négatives* de 5 centimètres de profondeur, 100 m.A., 10'; puis 6 *galvano-caustiques négatives* dans le trajet artificiel créé par les punctures, du 6 mai au 3 juillet 1884.

Sous l'influence de ce traitement, diminution de la tumeur qui devient plus mobile.

Durant le traitement présente des accidents péritonéaux comme les années précédentes à la même époque, mais bien moins intenses.

Le col étant devenu accessible 2 *galvano-caustiques négatives*, 100 m.A., 5' en juillet 1884.

A ce moment (thèse Carlet), on constatait une amélioration symptomatique caractérisée surtout par la diminution des douleurs.

Fut reprise ensuite d'accidents de péritonite.

En résumé, *pas d'amélioration durable* sous l'influence du traitement.

En 1885, hystérectomie totale dans un service hospitalier, mort deux jours après l'opération.

Obs. XV. — (Thèse Carlet, page 150.)

Mme Desb... (n° 440), quarante-cinq ans, sans profession, entrée le 25 septembre 1883.

Réglée à quinze ans, mariée à vingt ans.

Dix grossesses normales, accouchements normaux.

Depuis quatre ans, pesanteur du ventre, marche difficile, menstruation irrégulière, un peu de leucorrhée. Soignée pour ulcération du col par des cautérisations, sans grand résultat.

Diagnostic. — Tumeur fibreuse développée aux dépens de la paroi postérieure du corps de l'utérus. Hystérométrie = 8 centimètres 1/4.

Traitement. — Du 27 septembre au 13 octobre, faradisations utérines doubles, gros fil, qui ne donnent que peu de résultat.

Du 13 octobre au 8 janvier 1884 : 9 *galvano-caustiques négatives*, 50 puis 80 m.A. 5'.

La marche est plus facile, les douleurs sont moins fortes, règles peu abondantes, toujours irrégulières.

En janvier les règles sont plus abondantes, durent plus longtemps et sont douloureuses.

La malade abandonne le traitement.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue en juillet 1884 (thèse Carlet). Reste soulagée et continue à marcher plus facilement. Hystérométrie = 8 centimètres.

Mme Desb. revient à la clinique en septembre 1884 pour une névralgie du trijumeau, névralgie qui est soignée et guérie par 6 galvanisations. Entre temps on lui fait une 10^e *galvano-caustique négative* à 100 m.A. Le 20 septembre 1884, elle cesse alors tout traitement.

Revue en février 1885 : La névralgie du trijumeau n'a pas reparu. Au point de vue abdominal, va très bien : elle n'a plus de douleur du ventre ni

des reins ; les règles sont régulières, peu abondantes, non douloureuses. Bon état général : sommeil, digestions, appétit normaux.

Revue en *décembre 1886* : est en ménopause depuis neuf mois, ne se plaint d'aucun phénomène abdominal : à l'examen on constate de l'atrésie de l'orifice interne, l'hystérométrie = 7 centimètres.

Depuis la ménopause a des troubles stomacaux consistant en douleurs violentes et vomissements. On lui fait 5 galvanisations des pneuno-gastriques qui arrêtent immédiatement les vomissements, mais ne donnent pas de résultat pour la douleur.

Revue en *juillet 1887* : Va très bien : aucun phénomène abdominal, ne se plaint que d'avoir parfois quelques malaises stomacaux. A l'examen, on trouve un utérus très mobile, sans aucune hypertrophie appréciable actuellement, atrésie de l'orifice interne, hystérométrie = 6 centimètres 1/2.

Revue en *août 1889*. Trouve qu'elle est fréquemment souffrante : faiblesse générale, céphalées, maux d'estomac.

Elle se plaint de légères douleurs du ventre qui sont peut-être d'ailleurs d'origine intestinale. Ne s'est jamais alitée, et a continué son travail. La marche est assez facile.

En résumé : 9 séances de galvano-caustiques ont produit une amélioration appréciable qui s'est maintenue jusqu'à la ménopause, survenue un an et demi après et depuis laquelle la malade s'est bien portée au point de vue utérin.

OBS. XVI. — (Thèse Carlet, page 128.)

Mme Jacq... Philomène (n° 594), vingt-six ans, ménagère, entrée à la clinique le *17 mai 1884*.

Diagnostic. — Fibrome interstitiel de la paroi postérieure du corps utérin, hystérométrie = 7 centimètres 1/2.

Se plaint de menstruation douloureuse et abondante ; vives douleurs abdominales. Amaigrissement considérable, faiblesse générale.

Traitement. — *20 et 27 mai 1884*, 2 *galvano-caustiques positives*, 100 m.A., ne donnant pas lieu à des réactions pathologiques, mais procurant une sédation de la douleur.

SUITES ÉLOIGNÉES. — En *avril 1888*, Déclare qu'elle a cessé de venir se faire traiter parce qu'elle a été effrayée d'un léger écoulement sanguin qui est apparu après la deuxième séance et s'est continué jusqu'aux règles suivantes, qui ont été beaucoup plus abondantes que d'habitude.

N. B. — Il ne faut pas oublier que *quelquefois les premières séances peuvent occasionner un écoulement sanguin*, ce qui sans doute doit être attribué au traumatisme causé par l'hystérométrie.

Elle a retiré un certain bénéfice de l'électricité : les douleurs du ventre ont été et sont encore actuellement très atténuées, et surtout beaucoup plus intermittentes.

La leucorrhée qui n'était pas considérable avant a encore diminué après son passage à la clinique.

Les règles, depuis cette époque, ont seulement un jour d'avance au

lieu de huit, elles sont aussi abondantes mais moins douloureuses.

En résumé : Quatre ans après deux séances de galvano-caustiques, elle garde un certain bénéfice acquis par ce traitement.

Ajoutons d'ailleurs qu'en 1886 elle a porté un pessaire durant quelques mois (c'est la seule thérapeutique dont elle ait usé depuis qu'elle a cessé de venir).

Examen. — La situation paraît identiquement la même qu'en 1884, mais l'hystérométrie = $8 \frac{1}{4}$ au lieu de $7 \frac{1}{2}$.

Obs. XVII. — (Thèse Carlet, page 139.)

Mme Anj... (n° 233), trente ans, domestique, entrée le 12 décembre 1882.

Régée à douze ans. Mariée à vingt et un ans. Deux enfants à vingt-deux et vingt-cinq ans.

A partir de vingt-cinq ans a commencé à avoir des hémorragies qui ont été depuis en augmentant.

En 1878, à vingt-sept ans, a consulté le Dr Apostoli pour des métrorragies et des douleurs lombaires; celui-ci l'a soignée durant un an environ par la méthode de Tripier (injections intra-utérines iodurées). Les résultats ont été les suivants :

Disparition des métrorragies qui auparavant se produisaient plusieurs fois chaque mois.

Règles régulières mais encore abondantes et durant encore huit jours.

Disparition des douleurs de reins.

En 1882, vient à la clinique parce que les douleurs de reins ont reparu. Les règles durent huit jours, abondantes, avec caillots. — Un peu de leucorrhée.

Diagnostic. — Fibrome interstitiel du corps utérin localisé surtout en arrière. Hystérométrie = 8 centimètres.

Traitement. — Du 12 décembre au 26 décembre 1882 : 3 *galvano-caustiques intra-utérines positives*, 60 à 70 m.A. 10'.

Résultats. — Diminution marquée des douleurs de reins et de la leucorrhée.

Forcée d'interrompre le traitement pour partir en voyage, la malade, revue au moment de la thèse Carlet, continuait à se déclarer améliorée.

A subi encore 6 à 7 *galvano-caustiques positives* chez le Dr Apostoli durant la fin de 1884.

Revue le 1 août 1892. — Les douleurs des reins et du bas-ventre, qui avaient totalement disparu à la fin du traitement, ont reparu au bout de dix-huit mois, mais trop faibles pour que la malade s'en occupe.

Elle revient pour des malaises peu importants : douleurs du ventre et des reins un peu plus marquées depuis quelque temps, mais très atténuées par rapport à ce qu'elles étaient avant la médication électrique. Règles un peu irrégulières, abondantes. — Leucorrhée légère. — Constipation opiniâtre.

Examen. — Hypertrophie utérine légère localisée surtout à la face postérieure. Hystéromètre = $9 \frac{1}{2}$.

L'hystérométrie indique donc une augmentation de volume que le toucher ne semblait pas indiquer.

Traitement. — Du 4 au 13 août 1892, 3 *galvano-caustiques intra-utérines*, 100 m.A. 5', diminuent considérablement les douleurs.

Revue en *novembre 1894*. — A interrompu ses visites parce qu'elle se trouvait et est restée bien portante. Depuis trois mois a recommencé à souffrir du ventre et des reins. — De plus les règles, qui sont régulières et abondantes, sont accompagnées de dysménorrhée. Malaise général.

Examen. — Même situation qu'en 1892.

Traitement. — Du 6 novembre au 1^{er} décembre 1894, 4 *galvano-caustiques positives* 50, à 80 m.A. 5', procurent une amélioration abdominale et générale telle que la malade juge inutile de continuer le traitement.

En *mai 1895*, à la suite de grandes fatigues recommence à se plaindre du ventre; quelque temps après les règles deviennent plus abondantes.

Revient à la clinique en *1896*. En décembre 1895 elle a eu une ménorragie qui a duré douze jours et pour laquelle elle a dû faire appeler un médecin. Depuis les règles durent cinq à six jours, mais l'obligent à s'aliter par leur abondance.

Se plaint de douleurs de reins presque continuelles.

Traitement. — Du 2 avril au 28 mai 1896, 8 *galvano-caustiques intra-utérines positives* 60, à 70 m.A. 5'.

Au début elle éprouve une amélioration assez marquée surtout au point de vue de la douleur; mais bientôt elle a des crises de douleurs intenses du bas-ventre et des cuisses avec léger état fébrile et, au début de juin, on constate la présence d'un polype intra-utérin en voie d'élimination.

Le *10 juin* le Dr Apostoli pratique l'ablation de ce polype et un curetage de la cavité utérine.

Cette opération fait disparaître les douleurs et la fièvre et amène une restauration rapide de l'état général.

Les règles suivantes ne sont pas douloureuses, ont moins d'abondance mais durent encore neuf jours.

Revue en *janvier 1897*. — Depuis l'opération s'est bien portée; pas de douleurs, règles normales. Se plaint de palpitations et d'essoufflements que 8 séances de statique avec ozoneur, pratiquées du 14 au 23 janvier, font disparaître.

Revient le *29 mai 1899* parce qu'elle a une difficulté marquée pour uriner, difficulté qui a commencé à se manifester il y a un an environ. — Constipation, céphalée, troubles généraux (nervosisme).

Examen. — Le fibrome est grand comme les deux poings, il occupe toute l'excavation et est un peu adhérent. On sent dans le Douglas plusieurs lobes sous-péritonéaux.

Traitement. — Du 30 mai au 11 juillet, 10 *galvano-caustiques intra-utérines positives*, 60 à 130 m.A. 5', et 10 séances de statique. — Sous l'influence de cette médication, elle urine plus facilement et sans douleur; n'est plus constipée. Mais l'état général, malgré la disparition de la céphalée, continue à ne pas être parfait.

Quitte Paris en juillet 1899.

En résumé, la malade n'a jamais subi de traitement d'assez longue durée pour qu'on puisse en attendre un bénéfice persistant, mais les quelques séances pratiquées à diverses reprises lui ont permis de vivre durant dix-sept ans sans accident sérieux avec son fibrome, et cela avant l'établissement de la ménopause.

RÉFLEXIONS. — Voici un fibrome dont l'évolution a été suivie durant vingt années. Quoique la méthode d'Apostoli n'ait été appliquée que d'une façon irrégulière et beaucoup trop intermittente (36 séances environ en dix-huit ans), cette observation nous permet de faire quelques remarques intéressantes :

1° Les galvano-caustiques semblent avoir donné un résultat plus rapide et plus complet contre la douleur que les injections de Tripiër.

2° Chaque fois que la malade s'est soumise au traitement électrique l'amélioration symptomatique a été si rapide qu'elle a interrompu le traitement et que le petit nombre de séances ne permettait d'attendre ni des résultats durables ni une amélioration anatomique.

3° Dans ce cas particulier, la médication électrique semble avoir échoué contre le polype qui s'est formé en 1896. Ce polype, il est vrai, avait été méconnu d'abord et peut-être peut-on admettre que, sans cette insuffisance du diagnostic, la thérapeutique eût pu être mieux dirigée, (localisation du courant au niveau du pédicule) et donner de meilleurs résultats. Il est d'ailleurs probable que cette thérapeutique a hâté le travail d'élimination du polype qui s'est fait très rapidement, et que par conséquent elle a considérablement favorisé l'opération chirurgicale.

Obs. XVIII. — (Thèse Carlet, page 183.)

Mme Lec... (n° 368), quarante-sept ans, fruitière, entrée le 26 juin 1883. Multipare.

Santé parfaite jusqu'à quarante-trois ans, règles régulières normales. A quarante-quatre ans (décembre 1880), brusquement, sans cause appréciable, en se levant un matin, éprouve une impossibilité absolue d'uriner. Reste alitée pendant six semaines avec des douleurs continuelles des reins et des envies incessantes d'uriner. Un médecin est obligé de la sonder 2 fois chaque jour.

Pour la première fois les époques surviennent 2 fois dans le même mois, avec abondance extrême et durant huit jours (au lieu de 4). Peu de temps après, constipation opiniâtre qui résiste à tous les purgatifs et ne cède qu'à un curage artificiel.

Du 15 janvier au 10 février 1881 la rétention d'urine disparaît spontanément, puis se reproduit avec la même intensité (2 cathétérismes par jour) durant un mois.

Depuis lors n'a plus eu d'accident du côté de la vessie; les règles sont devenues très irrégulières, tantôt en retard, tantôt apparaissant 2 fois par mois, toujours avec une abondance plus considérable qu'autrefois; très douloureuses, obligeant souvent la malade à s'aliter, et accompagnées de lipothymies fréquentes, de faiblesse extrême et d'inappétence.

Etat à l'entrée. — Douleurs lombaires et abdominales continues. Marche pénible. Teint pâle, décoloré; aspect cachectique. Amaigrissement extrême. Abattement général. Appétit nul. Nausées fréquentes. Vomissements bilieux.

Examen. — Tumeur fibreuse sous-péritonéale énorme, remplissant le bassin et remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La tumeur est hémisphérique, dure, très résistante et présente un prolongement qui remplit tout le vagin. Hystérométrie = 15 centimètres.

Traitement. — Du 7 juillet au 14 octobre, 11 *galvano-caustiques négatives* 60 m.A. 5', qui amènent la disparition totale des douleurs lombaires et abdominales. La marche est moins fatigante, l'appétit meilleur, la digestion très facile.

Les règles ont augmenté d'abondance, présentent moins de caillots et sont moins douloureuses.

Le 15 octobre, pertes sanguines très abondantes suivies de syncope.

Le 16 octobre, comme la perte continue, on fait en pleine hémorragie 1 *galvano-caustique positive*, 70 m.A. 5', qui diminue considérablement l'écoulement sanguin. Celui-ci s'arrête définitivement deux jours plus tard.

Comme la persistance des métrorragies et l'augmentation d'abondance des règles, malgré l'amélioration constatée sur tous les autres points, semblent manifestement liées à la polarité employée, on continue les positives.

Du 26 octobre 1883 au 14 juin 1884 : 24 nouvelles séances de *galvano-caustiques positives* de 70 à 100 m.A. 5'.

Durant le traitement, sous l'influence du retrait de l'utérus, on a constaté plusieurs fois une différence très grande dans la direction de l'hystéromètre. Le 19 février 1884, comme le col était devenu inaccessible, on a pratiqué 1 *galvano-puncture négative* pour créer un canal artificiel. La *galvano-caustique* suivante a été faite dans ce canal; puis l'orifice utérin étant de nouveau devenu accessible, on a repris les *galvano-caustiques intra-utérines*.

Au moment de la thèse Carlet cette malade va très bien et l'on résume ainsi les améliorations acquises.

1° On observe : une diminution considérable de la tumeur qui, au début du traitement, était à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et est actuellement à deux travers de doigt au-dessous.

2° L'hystérométrie qui, au début, était de 15 centimètres, atteint aujourd'hui 11 centimètres et demi.

3° La tumeur a diminué, non seulement en hauteur, mais aussi en am-

plitude générale et en largeur; une épaisse couche sous-cutanée de tissus graisseux a comblé ce retrait.

4° La malade se trouve restaurée, éprouve un bien-être absolu, sans aucun malaise abdominal.

5° Les règles se sont régularisées et les métrorragies antérieures ont disparu.

Le traitement est continué : de juin 1884 à 1885, 27 *nouvelles galvano-caustiques intra-utérines positives* à 100 m.A., 3'.

Durant ce temps elle va très bien; l'état général est excellent; elle n'a ni douleur, ni leucorrhée; les règles sont à peu près régulières, leur durée et leur abondance sont variables mais, en somme, elles sont plutôt faibles (quatre jours en moyenne); et depuis octobre 1883 elle n'a plus eu d'hémorragie.

En juin 1885, le sommet de la tumeur est à 1 centimètre et demi au-dessous de l'ombilic; aussi, étant donné le peu de tendance actuelle aux hémorragies, le Dr Apostoli décide de reprendre les galvano-punctures négatives pour accélérer le travail de régression anatomique : du 11 juin au 31 octobre 10 *galvano-punctures négatives* de 2 à 4 centimètres de profondeur, 100 à 200 m.A., 5 à 8'.

Ce traitement est bien supporté, il y a seulement un peu de douleurs immédiatement après les premières séances. L'état, tant local que général, demeure absolument satisfaisant.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue à plusieurs reprises, jusqu'en décembre 1886. Durant toute l'année 1886, se porte absolument bien, le facies est bon, la marche est facile, les forces ont augmenté, le poids s'est accru de 1 kilog. 500. Bon appétit, bonne digestion, bon sommeil. Ni constipation, ni dysurie.

Règles sans aucune dysménorrhée : ont eu beaucoup d'avance vers janvier et février, puis se sont éloignées; elle les a seulement deux fois dans le 2^e semestre de l'année.

Le fibrome continue à rétrocéder; en avril 1896 le sommet de la tumeur est à 6 centimètres au-dessous de l'ombilic.

Renseignements fournis par son mari en août 1889 :

En janvier 1889, a dû s'aliter à la suite d'une grande contrariété. Elle toussait beaucoup, avait de grandes douleurs du thorax, rendait énormément de glaires. Amaigrissement et cachexie. Inappétence complète.

Peu de douleurs du ventre.

En mars 1889 (étant déjà alitée depuis trois mois), a été prise de rétention d'urine et on a été obligé de la sonder (cystite cachectique ou compression par l'ancien fibrome?).

Aucune perte de sang.

Morte le 10 avril 1889.

En résumé : S'est bien portée à la suite du traitement, ou du moins, n'a présenté aucune récidive assez sérieuse pour que son mari l'ait remarquée, jusqu'au jour où elle a été prise d'une affection intercurrente (phtisie galopante probablement) qui l'a emportée. Le traitement, consistant en 11 *galvano-caustiques négatives*, 11 *galvano-punctures négatives*, et 53 *gal-*

vano-caustiques positives, a amené une guérison symptomatique complète qui s'est maintenue durant quatre ans, jusqu'à la mort de la malade, et une amélioration anatomique.

RÉFLEXIONS. — Cette observation offre encore un exemple très net de la différence d'action des deux pôles; car tandis que les négatives faites au début amendaient tous les symptômes *tout en augmentant la tendance aux hémorragies*, les positives faites par la suite ont fait disparaître ce dernier symptôme.

Remarquons aussi que les galvano-punctures faites chez cette malade ont été, d'après l'opinion actuelle d'Apostoli, un peu trop profondes. Il se contente aujourd'hui de 1/2 à 1 centimètre; néanmoins il est bon de noter que, même à 4 centimètres, elles n'ont été accompagnées d'aucune espèce d'incident.

Obs. XIX. — (Thèse Carlet, page 227.)

Mme Perr... (actuellement Mme Courth..., n° 213), trente-deux ans, entrée à la clinique le 25 novembre 1882.

Unipare.

Depuis quatre ans, sent dans le ventre un corps dur et résistant, mobile, gros comme un œuf, et qui se déplace à la pression. Toujours abondamment réglée, a eu fréquemment des métrorragies depuis quelque temps. *Pas de règles depuis cinq mois et hémorragie abondante, depuis quelques jours.*

Examen. — Grossesse de cinq mois environ et *corps flottant abdominal* (ce corps flottant au moment du premier examen rappelle par sa forme et sa situation un rein mobile, mais peut être pris aussi pour un fibrome sous-péritonéal).

Sur le conseil du Dr Apostoli, entre à l'hôpital où elle fait une fausse couche suivie d'une métrorragie des plus abondantes qui résiste au traitement institué.

Après un séjour de deux mois à l'hôpital et une convalescence des plus laborieuses, revient à la clinique. Le corps flottant est retombé dans le bassin et depuis lors n'est que peu mobile.

Traitement. — Du 8 février au 12 avril 1883, faradisations intra-utérines à gros fil bipolaires, contre la subinvolution utérine. Cette thérapeutique restaure la malade et lui donne une facilité beaucoup plus grande pour la marche, mais la menstruation très abondante se transforme en véritables ménorragies.

L'hystérométrie, d'autre part, reste de 8 centimètres; un examen plus approfondi que ceux pratiqués jusque-là, fait constater la présence d'un *fibrome interstitiel* du corps de l'utérus développé surtout en arrière, et que la subinvolution avait masqué jusqu'alors.

Du 12 avril 1883 au 10 avril 1884, on pratique 22 *galvano-caustiques positives*, intensité moyenne, 70 m.A., 5'. Quelques-unes en pleine hémorragie.

Très améliorée dès le début, la malade était pour ainsi dire rétablie au début de 1884 : elle avait engraisié, le teint était meilleur, elle n'avait plus de douleurs du ventre, plus d'hémorragie, mangeait bien, travaillait facilement.

En avril 1884. — Fièvre muqueuse, pour laquelle elle reste à l'hôpital jusqu'à la fin de mai.

Le 27 mai, revient à la clinique pour une récurrence de métrorragie. Le 27 et le 31 mai, 23^e et 24^e séances de *galvano-caustiques positives*, 100 m.A., 5', qui n'arrêtent pas l'hémorragie, mais calment les douleurs.

Le 10 juin, entre à l'hôpital pour une péritonite dont l'étiologie reste assez obscure et que la malade attribue à de grandes fatigues qu'elle aurait supportées les jours précédents, étant en pleine hémorragie.

Sortie de l'hôpital le 20 août, elle souffre encore beaucoup du ventre lorsqu'elle se présente de nouveau. 4 faradisations bipolaires intra-utérines, faites du 4 août au 6 septembre, calment rapidement ces douleurs. Aussi reprend-on le traitement du fibrome.

Du 18 septembre 1884 au 15 janvier 1885 : 9 *galvano-caustiques positives*, 100 m.A., 5' procurent, malgré divers malaises intercurrents (bronchite, diarrhée avec fièvre, etc.), une amélioration marquée, caractérisée par la disparition des douleurs, des hémorragies et de la leucorrhée.

Durant toute l'année suivante, l'état général encore médiocre au moment de la cessation du traitement, se remonte peu à peu. Règles toutes les trois semaines, abondantes, durant deux jours. Ni douleurs, ni pertes blanches.

En juin 1886, les règles sont plus en avance et plus abondantes. Douze jours après, elle a une hémorragie qui dure douze jours, puis sans cause appréciable autre qu'une marche précipitée, présente une 2^e péritonite (douleur, fièvre, vomissements, ballonnement). Fait un séjour de trois mois à l'hôpital.

Revient à la clinique le 24 octobre 1886, à ce moment on constate : Une légère atésie utérine (qui n'occasionne aucune dysménorrhée); l'hystérométrie pénible avec un hystéromètre de petit diamètre = 7 centimètres.

Le col est petit, ferme, avec une consistance fibreuse sur sa face postérieure. L'utérus difficilement mobile est un peu fixé en arrière; sa paroi postérieure présente une consistance fibreuse, se continuant avec celle du col, mais on ne trouve actuellement aucun noyau de fibrome nettement délimitable.

On trouve toujours dans le cul-de-sac droit, l'ancien corps mobile qui, comme autrefois, rappelle l'aspect d'un rein. Sensibilité assez vive du cul-de-sac gauche.

En somme, amélioration anatomique caractérisée par la diminution de profondeur de l'hystérométrie et la diminution de volume du fibrome postérieur.

En décembre 1886. — 3^e péritonite comme les précédentes sans cause appréciable, qui l'oblige à un séjour de trois mois et demi dans un hôpital. De mars 1887 à mars 1888 se porte bien : pas de douleurs, pas de dysmé-

norrhée, règles régulières, normales, toujours assez abondantes. Leucorrhée légère. Marche facile.

En mars 1888. — Faiblesse générale, augmentation de volume du ventre, tuméfaction douloureuse des seins, puis règles en avance de huit jours; l'écoulement augmente bientôt d'abondance et se transforme en une véritable ménorragie qui dure quinze jours. Au bout de ce temps, la malade commence à éprouver de violentes douleurs, à présenter chaque jour un mouvement fébrile plus ou moins intense. Enfin elle recommence à perdre mais, cette fois, un sang noirâtre et fétide. Elle est obligée de s'aliter huit jours et se retire pour venir consulter à la clinique le 8 avril 1888. Elle se présente dans un état de faiblesse extrême, avec un teint livide, marchant pliée en deux et forcée de s'appuyer sur une aide. Céphalées, vomissements, insomnies.

Le 7 et le 10 avril, faradisations vaginales bipolaires, qui, bien que très mal tolérées, procurent un soulagement et semblent éloigner la menace de péritonite.

Le 12 et le 14 avril. — 6 *galvano-caustiques intra-utérines positives*, 23 et 50 m.A., 5' qui sont assez mal supportées, mais amènent néanmoins et malgré la longue course que la malade est forcée de faire après la séance, pour rentrer chez elle, une sédation marquée des douleurs et une amélioration de l'état général.

A partir de ce moment, Mlle Per. se rétablit très rapidement et elle se porte bien, sauf quelques douleurs au niveau du corps mobile abdominal jusqu'en octobre 1888; à ce moment elle a une perte qui dure quinze jours avec commencement de péritonite pour laquelle elle est soignée à l'Hôtel-Dieu.

Revue en mars 1889. — Se porte bien tant au point de vue de l'état abdominal qu'au point de vue de l'état général.

Examen. — Le corps flottant est près de l'arcade de Fallope. Utérus mobile avec fibrome postérieur. Hystérométrie = 6.

En résumé : Il est impossible de démêler exactement le rôle qui revient aux 35 *galvano-caustiques* que la malade a subies, à cause des poussées de périmétrite.

RÉFLEXIONS. — Il est assez difficile de trouver la raison des crises inflammatoires multiples qu'a présentées cette malade et il y a lieu évidemment de se demander si elle n'avait pas quelques lésions, annexielles méconnues à la clinique et méconnues également dans les services hospitaliers où elle a séjourné à plusieurs reprises.

En tous cas on ne peut déduire de l'observation des conclusions bien précises sur les résultats du traitement électrique, mais ce qu'on peut dire c'est que :

1° La poussée péritonitique survenue douze jours après la vingt-quatrième séance ne semble pas devoir être imputée à celle-ci et cela parce que, d'une part, la malade avait parfaitement toléré les

vingt-trois premières faites dans les mêmes conditions, et que, d'autre part, les crises observées les années suivantes se sont développées spontanément.

2° Le traitement intra-utérin, faradique ou galvanique, appliqué avec prudence et méthode, ne doit pas être dangereux puisque nous voyons qu'il a été bien toléré et a donné des bénéfices marqués d'abord contre la subinvolution utérine et plus tard au moment d'une poussée inflammatoire aiguë ou subaiguë.

Obs. XX. — (Thèse Carlet, page 131.)

Mme Dur... (n° 285), trente-trois ans, marchande de journaux, entrée le 6 mars 1883.

Multipare.

Ménorragies depuis deux ans, métrorragies abondantes depuis deux mois. Constipation rebelle et continuelle. Douleurs du ventre depuis quinze jours.

Examen. — Hernie inguinale droite, abaissement de l'utérus, ulcération du col. Tumeur fibreuse interstitielle de la paroi postérieure du corps.

Traitement. — 20 et 24 mars 1883. — 2 *galvano-caustiques positives*, 60 m.A., 5'.

Cette malade, qui avait fait répondre d'une façon évasive au moment de la thèse Carlet qu'elle n'était pas plus malade, avait eu au contraire à la suite du traitement les accidents les plus sérieux.

Revenue à la clinique en octobre 1886, elle raconte qu'elle a été prise de céphalée et de vomissements, elle a eu de l'engouement d'une hernie inguinale qu'elle portait depuis douze ans. Puis des accidents d'obstruction intestinale : durant un mois elle n'aurait rendu que des glaires, mais pas de matières fécales. Au bout de ce temps s'est produite une débâcle spontanée accompagnée d'hémorragies anales. Entrée à Lariboisière où elle a refusé de se laisser opérer, a été soignée pour abcès rétro-utérin ; elle y est restée plus de deux mois et en est sortie encore très souffrante.

Depuis les règles sont normales, la constipation accidentelle. Assez fréquents accès de fièvre.

Il y a quelques mois est apparu un cystocèle qui cause quelques troubles urinaires.

Examen. — Hypertrophie du corps utérin localisé dans le côté droit. L'utérus mobile sur tous ses autres axes est fixé à gauche par un reliquat d'une ancienne phlegmasie du ligament large.

Revue en avril 1888, se portait bien et faisait sans difficulté un métier des plus fatigants. Règles régulières normales.

RÉFLEXIONS. — Quoique la malade ait présenté une hernie et une constipation opiniâtre qui, en l'absence d'autre cause, pourraient à la rigueur expliquer les phénomènes d'obstruction et les accidents inflammatoires qui ont suivi, il nous semble plus vraisemblable de les attribuer au traitement. Il a été malheureusement impossible,

lors de sa visite suivante, à trois années d'intervalle, de reconstituer suffisamment cette histoire pathologique pour en préciser l'étiologie, et on ne peut dire s'il y avait eu une faute opératoire (traumatisme par exemple), un manque d'aseptie, etc. Pour nous, nous pensons, d'après la lecture de l'observation, qu'il y avait eu plutôt diagnostic incomplet et qu'une lésion inflammatoire des annexes gauches avait été méconnue; l'électricité, appliquée d'emblée à trop haute dose (60 m.A.), a dû donner lieu à une poussée aiguë dans une affection chronique. Ce fait, si cette interprétation est exacte, serait une confirmation à la pratique actuelle d'Apostoli, qui recommande de commencer toujours par des doses faibles pour augmenter ensuite progressivement.

Obs. XXI. — (Thèse Carlet, page 163.)

Mme Douv... (n° 507), quarante-quatre ans, entrée le 7 février 1884.

Douleurs vives dans les deux flancs.

Fibrome énorme, sous-péritonéal, remontant à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Hystérométrie = 6 cent. 12.

2 *galvano-caustiques* négatives 100 m.A. ne donnent lieu à aucune espèce de malaise.

Interrompt le traitement pour une bronchite aiguë qui se complique de douleurs vives dans le ventre.

Un mois après la seconde séance, vient à la clinique; faiblesse générale intense, et sensibilité marquée de tout l'abdomen.

Peu de temps après les douleurs se localisent en un point précis à gauche de l'ombilic, et il se forme un abcès, puis on observe successivement l'évolution de quatre collections purulentes qui s'ouvrent à travers la paroi abdominale.

Vue à la clinique en juillet 1884, presque complètement remise.

En octobre, à la suite d'indigestion (?) : ténisme anal, constipation, rectite suppurée.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revient sur demande en mars 1888.

Les troubles intestinaux ont été en s'atténuant jusqu'en janvier 1885 où ils ont totalement disparu et depuis la malade s'est très bien portée.

Les règles ont continué à être régulières, normales, peu abondantes jusqu'en décembre 1886, époque à laquelle la ménopause s'est établie brusquement (quarante-huit ans).

Depuis la rectite elle a de nouveau engraisé (pesait autrefois 137 livres, en octobre 1884 elle a pesé seulement 65 et actuellement son poids est de 140).

La marche est aussi facile qu'autrefois, elle n'en éprouve aucune fatigue. Le ventre est rarement ballonné, il n'est jamais sensible.

Pas de troubles vésicaux.

Leucorrhée légère et intermittente.

Examen. — La tumeur, qui débordait l'ombilic de trois travers de doigt.

est actuellement à trois travers de doigt au-dessous. Au lieu d'occuper tout le ventre elle a actuellement le volume d'une tête de fœtus.

A droite de l'ombilic on constate 3 cicatrices blanches qui sont les vestiges des anciens abcès et sont les témoins irrécusables de la diminution de volume du fibrome.

Elles provenaient d'abcès de la tumeur qui se sont fait jour directement en avant. Or aujourd'hui les 2 premières sont au-dessus du bord supérieur et la 3^e est en dehors du bord latéral. (N. B. — Elles ne paraissent avoir aucune adhérence même éloignée avec le fibrome.)

La paroi abdominale a considérablement engrossé.

Petite hernie ombilicale.

Col de nullipare, atrophie, les culs-de-sac sont libres, le fibrome paraît développé aux dépens de la face profonde et du bord supérieur de l'utérus. Hystérométrie impossible.

Vue en *juin 1894*. Même état satisfaisant; marche facile, travaille toute la journée debout.

Se plaint seulement, au point de vue abdominal, de leucorrhée légère et intermittente, et de douleurs intermittentes légères dans les reins.

Au point de vue général, depuis la ménopause, sueurs et bouffées de chaleur.

La malade a beaucoup d'embonpoint et paraît jouir d'une parfaite santé.

Examen. — Le fibrome remonte à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'involution sénile ne semble donc pas avoir fait de progrès et il semble même y avoir une augmentation de volume depuis six ans.

RÉFLEXIONS. — Cette observation présente un cas très rare de tumeur fibreuse sous-péritonéale, qui a suppuré en un point limité voisin de l'ombilic en laissant indemne le reste de la tumeur. Durant l'évolution des abcès, la malade souffrait uniquement au niveau de chaque collection, tandis que le reste de la masse fibreuse était indolore.

« Quelle a été la cause de ces abcès, survenus longtemps après la deuxième galvano-caustique? C'est un accident unique jusqu'à présent dans la pratique du D^r Apostoli, et survenu dans un siège circonscrit et isolé de 25 centimètres au moins du canal utérin, sur lequel a porté la galvano-caustique chimique. » (Thèse Carlet.)

L'accident est resté unique depuis la thèse Carlet et d'ailleurs un pareil fait suivi de guérison et n'entraînant ni septicémie, ni sphacèle de la masse totale, doit être absolument exceptionnel.

En tous cas, il semble difficile d'admettre que les galvano-caustiques aient pu, par un mécanisme quelconque, être la cause des accidents à cause de : 1^o l'espace de temps qui a séparé la dernière séance du début de la suppuration; 2^o l'absence d'accidents infectieux de la cavité utérine.

Mais cette histoire nous a paru intéressante à rapporter précisément à cause de la rareté des phénomènes observés.

Obs. XXII. — (Thèse Carlet, page 223.)

Mme Mal... Juliette (n° 473), trente-neuf ans, journalière entrée le 12 novembre 1883.

Réglée à treize ans, fréquentes attaques d'hystérie.

Mariée à dix-huit ans : 7 grossesses normales.

3 fausses couches suivies de métrorragies.

A trente-neuf ans, à la suite d'une grande attaque d'hystérie, douleurs du ventre continuelles localisées à droite; leucorrhée abondante, aménorrhée, anorexie, station debout impossible, vomissements, mauvais état général.

Examen. — Corps fibreux considérable développé surtout à la face antérieure; la sensation de résistance au doigt exclue l'idée de grossesse; cependant étant donnée la suspension des règles, on ne fait pas d'hystérométrie.

Du 12 au 20 novembre, on laisse la malade en observation, l'état général s'aggrave, vomissements incoercibles, douleurs du ventre de plus en plus fortes, pas de fièvre.

Le 20 novembre, on fait par erreur l'hystérométrie, et comme l'existence du fibrome est indéniable on pratique ensuite une *galvano-caustique intra-utérine négative* de 70 m.A.

Le 29 novembre, fausse couche de trois mois environ, l'expulsion du placenta a lieu seulement le 10 janvier 1884; après l'expulsion du placenta métrorragie durant un mois.

Revient à la clinique le 20 février. On trouve le même fibrome qui avait masqué l'existence de la grossesse.

Traitement. — Du 21 février 1884 au 17 juin : 14 *galvano-caustiques positives* 100 m.A. 5'.

Réaction douloureuse après les trois premières. Dès la quatrième, amélioration marquée : diminution puis disparition des douleurs, relèvement des forces et de l'état général, pas d'hémorragie.

En juin interrompt le traitement pour soigner un malade (veille pendant vingt jours).

En juillet, sous l'influence de la fatigue, recommence à avoir quelques troubles, mais reste considérablement améliorée.

Après la publication de la thèse Carlet, a une perte abondante qui dure près d'un mois et qui est sans doute due aux excès de fatigue.

Durant deux mois règles normales, un peu de douleur.

En septembre 1884, 5 faradisations intra-utérines bipolaires contre les douleurs qui disparaissent.

En octobre, comme il y a un peu d'atésie de l'orifice interne, 2 *galvano-caustiques négatives*, 100 m.A., ce qui rétablit la perméabilité complète du canal utérin; puis du 21 octobre 1884 au 28 juillet 1885, 22 nouvelles *galvano-caustiques positives* à 100 m.A.

Sous l'influence de ce traitement se porte bien tant au point de vue utérin qu'au point de vue général jusqu'en mars 1885 (pas de perte, crises de douleurs très rares, crises de nerfs beaucoup moins fréquentes, etc.). A partir du mois de mars, sous l'influence de chagrins domestiques, recommence à avoir des crises de nerfs fréquentes, se trouve plus faible, a des douleurs du ventre intermittentes mais souvent très fortes. Les règles continuent à être normales, peu abondantes, sans douleur.

En octobre 1885, comme cet état se prolonge, on lui fait 2 faradisations utérines qui la soulagent beaucoup.

Depuis, n'est jamais revenue.

N. B. — L'hystérométrie, le 5 avril 1884 = 8 centimètres ; en juin 1884 = 6 cent. 1/2 ; en août 1885 = 5 centimètres (?).

En résumé, en présence d'un fibrome interstitiel, une grossesse récente avait été méconnue ; l'hystérométrie et une galvano-caustique avaient produit une fausse couche avec des accidents ultérieurs (hémorragie). Le traitement du fibrome par les galvano-caustiques dans un utérus en subinvolution à la suite d'une rétention placentaire qui a duré quarante-deux jours n'a produit aucun accident inflammatoire et a amené une restauration rapide de l'état général et de l'état local ; ce fait démontre surabondamment l'innocuité de la méthode d'Apostoli, puisqu'on se trouvait là dans des conditions éminemment favorables à des complications de toutes sortes (infection, perforation utérine, etc.).

La régression de l'utérus ne peut être attribuée du moins en totalité à la médication électrique, l'involution spontanée, après la grossesse, de l'utérus et du fibrome devant en prendre la plus grande part.

Enfin la réapparition des douleurs (par crises brusques) et le nouvel ébranlement de l'état général signalés en 1885, semblent manifestement dus à des causes morales chez une malade ayant toujours présenté des accidents hystériques.

Obs. XXIII. — (Thèse Carlet, page 114.)

Mme Gav... (n° 212), trente-huit ans, concierge, entrée le 23 novembre 1882.

Rien à signaler dans les antécédents, sauf une hémorragie (fausse couche?) à l'âge de vingt-huit ans.

Bon état général. Se plaint seulement de n'avoir pas d'enfant et de souffrir au moment des règles.

Examen. — Fibrome de la paroi postérieure.

Traitement. — Du 12 décembre au 30 janvier 1883, 6 *galvano-caustiques positives* 50 à 70 m.A. qui diminuent la dysménorrhée.

Les cinq premières sont bien supportées, la sixième fut faite en l'absence du Dr Apostoli par son aide de clinique, qui n'avait pas une habitude suffisante de l'hystérométrie.

La malade se plaignit que l'opération était beaucoup plus douloureuse que d'habitude et se trouva ensuite beaucoup plus mal à son aise.

Deux jours après elle commence à souffrir : à la fatigue, suite de l'opération, succède une douleur assez vive dans le ventre. Au bout de quelques

jours elle est forcée de s'aliter : une périmétrite aiguë, avec phlegmon du ligament large gauche, se déclare débutant par deux frissons intenses (huit jours après la séance).

L'évolution de la maladie fut suivie par le Dr Apostoli et traitée par les procédés classiques (cataplasmes, vésicatoire, laudanum, etc.).

Le quinzième jour ouverture d'un abcès par le rectum. Durant toute la maladie les règles sont plus régulières et plus abondantes que précédemment.

A partir du mois de mai, la convalescence marche progressivement, et la malade revient à la clinique le 12 juin 1883. On trouve encore des traces manifestes du phlegmon ; malgré cela, pour hâter la résolution de l'affection, on fait, jusqu'à la fin de juin, tous les deux jours, une faradisation utérine double, de tension, à petite dose. Ce traitement accélère rapidement la convalescence.

En juillet 1884, quoique la malade se trouve bien, elle affirme toutefois que l'an passé, à pareille époque, elle était mieux : elle éprouve maintenant un peu plus de pesanteur abdominale que précédemment.

On trouve toujours un fibrome interstitiel avec de l'empatement du cul-de-sac latéral gauche.

En mars 1888 la malade vient, sur demande, donner de ses nouvelles : depuis sa dernière visite elle s'est toujours parfaitement bien portée, sauf en 1886, où elle a été sans cause appréciable obligée de s'aliter quatre jours pour douleurs du ventre, fièvre, etc. Sauf cet accident qui semble avoir été une légère rechute de la périmétrite ancienne, elle jouit d'une santé parfaite tant au point de vue utérin qu'au point de vue général. *La dysménorrhée a disparu.*

Examen. — Il n'y a plus trace du phlegmon péri-utérin gauche, et il ne reste qu'une sensibilité obtuse de ce côté.

Le corps de l'utérus est plus hyperplasié ; sa consistance et ses bosselures postérieures et latérales rendent très net le diagnostic de fibrome.

RÉFLEXIONS. — « Cette observation doit être d'un grand enseignement. Elle prouve d'abord que les galvano-caustiques intra-utérines mal faites et trop douloureuses peuvent donner lieu à des accidents multiples et, ici, le phlegmon péri-utérin est manifestement imputable à la dernière galvano-caustique. D'un autre côté, cette observation prouve aussi que, si l'hystérométrie mal faite est dangereuse, celle qui est bien faite *ne l'est jamais*, même dans les périodes subaiguës des phlegmons péri-utérins ; cette même malade a été soignée en effet par les faradisations utérines (c'est-à-dire par une autre forme d'hystérométrie) en pleine convalescence de phlegmon du ligament large, sans qu'il en soit résulté pour elle autre chose qu'une amélioration plus rapide et une convalescence plus abrégée » (thèse Carlet).

OBS. XXIV. — (Thèse Carlet, page 106.)

Mme Bouis... (n° 165) quarante-quatre ans, marchande aux Halles, entrée le 29 juillet 1882.

Quatre enfants, deux fausses couches.

Leucorrhée des plus abondantes et des plus rebelles qui durent depuis dix-huit ans. Ténésme vésical et pollakiurie. Douleurs du ventre. Station debout et travail pénibles. Règles abondantes.

Examen. — Cystocèle au début avec abaissement de l'utérus. Col utérin énorme et ulcéré. Corps dur avec hyperplasie fibreuse en arrière. Hystérométrie = 6 cent. 1/2.

Traitement. — 1° D'août 1882 à mars 1883, 1 à 2 faradisations vésicales de quantité chaque semaine, qui soulagent immédiatement la malade et diminuent le cystocèle et l'abaissement utérin. En mars 1883, Mme Bouis... travaille facilement, ne souffre plus; mais la leucorrhée est toujours la même.

2° Du 10 mars au 28 décembre 1883; 14 cautérisations galvano-chimiques du col, faites d'une façon irrégulière à cause d'une bronchite intercurrente. Sous leur influence, guérison de l'ulcération du col et accroissement de l'amélioration symptomatique antérieure, au point que la malade suspend spontanément le traitement bien que les pertes blanches restent toujours les mêmes.

3° Du 18 mars au 5 juillet 1884, 12 galvano-caustiques intra-utérines positives 100 m.A., 5'.

Au moment de la thèse Carlet, la malade déclare que son état général est très bon, qu'elle ne souffre pas, qu'elle travaille debout de quatre heures du matin à midi, et assise de midi à sept heures. En somme se croirait guérie sans la leucorrhée qui n'a subi aucune modification.

Subit encore 3 séances de galvano-caustiques à 100 m.A., durant juillet 1884.

SUITES ÉLOIGNÉES : Revue en juillet 1887. La leucorrhée qui durant le traitement n'avait pas été amendée (à cause sans doute de l'irritation causée par l'hystérométrie), s'est modifiée immédiatement après : elle est devenue insignifiante et actuellement elle ne se produit plus qu'à l'occasion de grandes fatigues. Pas de prurit vulvaire.

N'a aucune douleur du ventre ni des reins; quand elle se fatigue beaucoup a seulement parfois une courbature lombaire assez marquée.

Immédiatement après la cessation du traitement a eu une aménorrhée de quatorze mois, puis les règles se sont produites trois fois, après quoi la ménopause s'est établie définitivement.

L'état général est excellent : la malade dit avoir engraisé de 30 livres depuis deux ans, et n'avoir jamais eu aussi bonne mine. Le sommeil et l'appétit sont très bons, les digestions sont maintenant faciles et ne sont plus accompagnées de phénomènes congestifs.

Mictions normales. Selles régulières. La station debout, la marche, le travail sont faciles.

Examen. — La malade porte un pessaire depuis quelque temps et son cystocèle paraît diminué.

L'utérus est atrophié : il n'y a presque plus de col et on ne constate plus de traces de l'ancienne hyperplasie qu'au niveau de la face antérieure du corps.

Quel que soit l'hystéromètre employé il est impossible de franchir l'orifice interne qui paraît complètement atrésié.

Revue en août 1899. Continue à se porter très bien, teint coloré, bon facies, dit avoir encore engraisé. Ni leucorrhée, ni hémorragie, ni douleur abdominale.

Excellent état général. Appétit, digestion, sommeil normaux. Marche et travail faciles, ni constipation, ni trouble de la miction.

Examen. — On constate un cystocèle aussi prononcé qu'autrefois, et une régression générale de tout l'utérus : le col est atrophié; le corps a encore diminué de volume. Hystérométrie impossible.

Revue en octobre 1899. Depuis la cessation du traitement n'a jamais présenté les troubles urinaires pour lesquels elle était venue. Continue à se bien porter tant au point de vue général qu'au point de vue local.

En résumé : 15 galvano-caustiques ont procuré une guérison symptomatique que la ménopause, survenue un an et demi après, est venue établir définitivement.

RÉFLEXIONS. — Nous trouvons ici l'exemple d'un fait qui n'est pas absolument exceptionnel et qu'il ne faut pas ignorer : le traitement électrique ne donne ses pleins effets qu'après sa cessation. On pouvait croire que la leucorrhée, qui continuait malgré la disparition de tous les autres symptômes, était due en partie à la fatigue causée par un excès de travail; mais, malgré la continuation du même travail, les pertes blanches ont disparu. C'est qu'en effet, dans certains utérus, le léger traumatisme produit par l'introduction de l'électrode et la réaction qui suit la cautérisation de l'épithélium suffisent à entretenir une sécrétion exagérée; mais une fois ces causes d'irritation disparues, les effets posthumes du traitement se manifestent tout entiers et les résultats éloignés sont supérieurs aux résultats immédiats.

OBS. XXV. — (Thèse Carlet, page 169.)

Mme God... (n° 273), quarante-quatre ans, couturière, entrée le 20 février 1893.

Multipare.

Mariée à vingt ans, les neuf premiers mois du mariage a eu des ménorragies très longues et très abondantes avec amaigrissement et affaiblissement considérables; troubles qui disparaissent spontanément.

A vingt-trois ans, abcès de l'anus.

A trente-deux ans, périmérite ou péritonite qui la tient alitée trois mois et s'accompagne de leucorrhée abondante.

Depuis a conservé quelques douleurs abdominales intermittentes. Jusqu'à trente-huit ans menstruation très abondante parfois avec ménorragies, et souvent douloureuse.

A cette époque (*en 1887*), consulte à la clinique du Dr Tripier, dont le Dr Apostoli était alors chef de clinique; ils examinèrent ensemble la malade et constatèrent la présence d'une tumeur fibreuse de l'utérus qui, durant quinze mois, fut traitée par les injections pâteuses à l'iodure de potassium. Sous l'influence de cette médication, les hémorragies disparurent et la malade se trouva très bien.

Après la fermeture de la clinique du Dr Tripier, elle se fait soigner à la clinique du Dr Chéron qui la traite par sa méthode électrique (applications vaginales de courant continu à intermittence) durant un an deux fois par semaine, puis durant un an et demi une fois par semaine. Durant tout ce temps elle conserve les bénéfices acquis sous l'influence de la thérapeutique de Tripier (disparition des hémorragies), mais elle n'acquiert aucun résultat nouveau.

En *février 1883* se présente à la clinique d'Apostoli se plaignant de : règles abondantes, douleurs vives du ventre surtout à gauche, marche pénible, catarrhe bronchique avec expectoration abondante, oppression, essoufflement facile.

Examen. — On trouve le corps de l'utérus énorme, remplissant tout le petit bassin, et complètement immobilisé; on ne trouve le col qu'avec beaucoup de difficulté en dirigeant l'index vers la pointe du coccyx; on sent alors un col ferme, résistant, qu'il est impossible de déplacer, de ramener en avant et qui rend par conséquent toute hystérométrie impossible même avec un instrument mou. La direction de l'utérus est en antéversion complète; en dehors de la tumeur fibreuse, la matrice semble prise dans une gangue de tissu inflammatoire de périmérite ancienne, qui doit être le reliquat de l'accident qu'elle a éprouvé il y a quatorze ans.

Traitement. — Du *14 février* au *12 juin 1883*, 17 *galvano-caustiques intra-utérines positives* de 60 à 80 m.A. et de 5 à 10', l'hystéromètre étant seulement introduit à 1 ou 2 centimètres de profondeur dans la cavité cervicale.

Ce traitement amène la disparition presque complète des douleurs; la malade marche mieux.

Pour compléter ces résultats, on décide alors de créer un canal artificiel au centre du corps utérin par des ponctions négatives.

23 juin 1883. — 1^{re} *galvano-puncture négative*, 70 m.A., 5' à une profondeur de 5 centimètres dans l'axe du bassin.

La malade couche la nuit suivante à la clinique, elle a des coliques assez vives dans la soirée; le lendemain, elle rentre chez elle à pied, le surlendemain toute douleur a disparu.

Du *3 juillet 1883* au *25 avril 1884*; 20 nouvelles séances de *galvano-punctures négatives* de 70 à 100 m.A. et 2 *galvano-caustiques* dans le trajet créé

par les punctures. La malade va bien au point de vue abdominal, mais elle est forcée par son affection pulmonaire à s'aliter à plusieurs reprises et même à faire plusieurs séjours dans les hôpitaux; chaque fois, durant son absence, il se produit une cicatrisation plus ou moins complète qui force à continuer les punctures.

Ces opérations ne donnent lieu à aucune réaction sérieuse, la malade regagne chaque fois son domicile le jour même, elle se plaint seulement parfois de pertes « d'eau sale ».

En mai 1884. — 2 nouvelles *galvano-caustiques négatives*, 100 m.A., 5' dans le trajet des ponctions.

Dans la nuit qui suit la 2^e, après une opération normale qui n'avait amené aucune réaction, la malade, qui s'était couchée bien portante, est réveillée tout à coup par une perte vaginale aqueuse des plus abondantes.

« Elle crut, selon son expression, que c'était la vessie qui venait d'éclater. Cette perte continua avec moins d'abondance les jours suivants. Le liquide était séreux, sans odeur fétide.

« Le lendemain et les jours suivants, elle sentit son ventre s'affaïsser, et, lorsqu'elle vint nous consulter, elle nous dit qu'elle avait perdu tout son ventre.

« A notre premier examen, nous nous sommes assurés que la vessie n'était pas en cause : nous l'avons sondée, elle contenait une certaine quantité d'urine.

« Nous avons renouvelé la même opération les jours suivants, et nous avons toujours eu la même réponse; du reste la malade affirme, qu'en dehors de cette vraie débâcle séreuse, elle urine abondamment, seulement avec plus de fréquence qu'antérieurement.

« 17 juin. — La leucorrhée dure encore, la malade a de la cystite; elle est obligée d'uriner toutes les heures, elle est plusieurs fois réveillée la nuit par ce besoin.

« 29 juin. — L'écoulement, quoique moins abondant, dure encore et quoique l'on ait constaté ce même phénomène chez plusieurs des autres opérées, vu son extrême abondance et sa durée, car il n'a pas été interrompu depuis plus d'un mois, nous croyons avoir affaire à une tumeur fibro-kystique, qui s'est subitement vidée sous l'influence du traitement au moment de la chute probable d'une eschare intra-utérine.

« L'état général reste très bon; il s'est même amélioré depuis cette perte et la malade affirme qu'elle n'a jamais aussi bien mangé que depuis un mois; si ce n'était son catarrhe bronchique, elle se porterait très bien. » (Thèse Carlet, pages 174 et 175.)

L'écoulement hydrorrhéique se reproduit par flots abondants à partir du mois de juillet.

En août, on constate toujours que la vessie contient de l'urine.

En septembre, les crises d'hydrorrhée s'accompagnent de dysurie. Une analyse chimique du liquide permet de reconnaître que c'est une urine chargée en phosphate et contenant en abondance des cellules épithéliales provenant du rein. Le diagnostic de fistule vésicale s'impose donc.

Pour tâcher d'oblitérer la fistule, le Dr Apostoli pratique trois séances de galvano-caustiques dans le trajet résultant des punctures (la sonde pénètre au plus à 4 centimètres de profondeur), 100 m.A., 15' qui semblent amener une oblitération partielle.

En novembre, cystite intense suivie de l'expulsion d'une assez grande quantité de calculs urinaires.

En février 1884, l'utérus étant devenu peu à peu beaucoup plus mobile, on constate que la fistule est vésico-vaginale, n'intéresse pas l'utérus et est contenue dans la gangue cellulaire du cul-de-sac antérieur. Le Dr Apostoli tente à trois reprises l'opération de Sims sans résultat durable.

Il faut dire d'ailleurs que l'insuccès des traitements destinés à oblitérer la fistule doit tenir surtout à ce que la malade, qui souffre beaucoup de son catarrhe bronchique, a des quintes de toux continuelles. D'autre part, son état général est loin d'être excellent et ses urines contiennent une abondante quantité d'albumine.

Soignée pour son brightisme, vient de temps à autre à la clinique jusqu'en juin 1885, époque à laquelle elle cesse de venir.

RÉFLEXIONS. — La formation de la fistule vésicale observée chez cette malade est nettement imputable aux galvano-punctures. Cet accident s'est produit alors que la méthode était encore dans la période de tâtonnement, n'avait pas été suffisamment précisée dans son manuel opératoire. Aujourd'hui Apostoli a formulé les règles de cette intervention et il considère comme deux fautes très sérieuses les deux faits suivants : 1° emploi de ponctions trop profondes (plusieurs centimètres); 2° localisation de la ponction dans le cul-de-sac antérieur. Aussi cette observation ne plaide *nullement contre l'emploi des galvano-punctures*, elle montre simplement les dangers auxquels peut exposer la galvano-puncture mal faite.

Bien qu'à quinze ans de distance il soit difficile de reconstituer exactement le processus par lequel s'est produite la fistule, il nous semble qu'étant donnée la brusque diminution du volume de la tumeur après le premier écoulement hydropurulent, il faut maintenir le diagnostic de fibro-kyste dont une poche s'est d'abord ouverte, puis, durant le travail d'élimination des eschares, la fistule urinaire s'est ultérieurement produite, favorisée d'ailleurs peut-être par l'irritation mécanique causée par les calculs vésicaux.

OBS. XXVI. — (Thèse Carlet, page 196.)

Mme Gant... Juliette (n° 286), vingt-quatre ans, cordonnière, entre le 6 mars 1883.

Réglée à dix-sept ans, peu d'abondance, mais dysménorrhée très vive. Leucorrhée depuis l'âge de onze ans.

Mariée à dix-huit ans, trois grossesses à terme, accouchements normaux.

Après le deuxième, a eu une métrorragie à la suite de laquelle elle a été soignée durant six mois, deux fois par semaine, par un médecin, à l'aide de topiques vaginaux. Ce traitement a supprimé les douleurs lombaires et elle n'a plus eu de métrorragie.

A partir de la troisième couche, augmentation marquée de la leucorrhée, douleurs du ventre et des reins. Digestions pénibles; étourdissements, travail très pénible.

État à l'entrée. — Très lymphatique, sujette depuis l'âge de dix-sept ans à de fréquentes crises d'hystéro-épilepsie. Règles durant dix jours au lieu de deux à trois. Leucorrhée abondante. Rapports sexuels très douloureux depuis la deuxième couche.

A l'examen. — Col gros, mou, ulcéré, à orifice béant. Corps uniformément hypertrophié, dur et fibreux.

L'utérus est peu mobile et paraît enclavé dans une gangue de périmétrite.

Diagnostic. — Fibrome interstitiel du corps utérin. Hystérométrie = 7 1/2.

Traitement. — Le 13 et le 20 mars 1883 : 2 *galvano-caustiques intra-utérines positives*, 60 m.A., 5'.

La première séance provoque un peu d'hémorragie, mais diminue considérablement les douleurs. Après la deuxième, la malade se trouve si soulagée qu'elle interrompt le traitement.

Durant son absence les métrorragies disparaissent et les règles se régularisent, les rapports sexuels ne sont plus douloureux; travail sans difficulté.

Le 2 octobre rechute brusque sans cause appréciable : règles très abondantes et très douloureuses.

Reprise du traitement : 1^o du 16 octobre au 26 décembre 1883 : 7 nouvelles séances de *galvano-caustiques positives* de 70 à 90 m.A., 5'.

La situation redevient très bonne, les règles diminuent à nouveau d'abondance, les douleurs disparaissent;

2^o Du 29 décembre 1883 au 17 janvier 1884 : 3 *galvano-caustiques négatives* 80 m.A., 5'.

Trois jours après la dernière séance, à la suite d'une marche très longue et très fatigante, au moment des règles, crises de douleurs du ventre. (N. B. — Depuis la séance jusqu'à cette marche forcée s'était très bien portée.)

Le 22 le Dr Apostoli constate une crise de périmétrite localisée surtout entre la vessie et l'utérus et dans le ligament large droit. Il applique son traitement de la périmétrite par les faradisations intra-utérines bi-polaires de tension; ce traitement procure un soulagement immédiat très marqué, et très rapidement amène une guérison apparente. De février à mai, trois rechutes successives de périmétrite.

Le 19 juin, vient à la clinique; la périmétrite paraissant guérie, anatomiquement parlant, on reprend les *galvano-caustiques*, mais à dose moyenne à cause du peu de temps écoulé depuis la dernière rechute; 10^e *galvano-caustique positive* 60 m.A., 5'.

Cette séance donne immédiatement un bien-être tel que deux jours

après, elle reprend impunément son métier interrompu depuis le mois de janvier.

Le 3 et le 15 juillet, 11° et 12° *galvano-caustiques positives*, 70 m.A., 5'.

En juillet (thèse Carlet), la malade va très bien. Le coït, très douloureux depuis des années, est indolore; n'a pas eu de métrorragie depuis plusieurs mois. Hystérométrie = 7 centimètres.

Continue ensuite à se bien porter : en octobre une faradisation intra-utérine bi-polaire pour des troubles nerveux; en novembre 13° *galvano-caustique positive* 60 m.A., parce qu'elle a un peu de sensibilité utérine.

Son état est ensuite absolument satisfaisant (règles normales, aucune douleur, etc.) jusqu'en février 1885; à cette époque, revient à la clinique, présentant, sans autre étiologie que des excès vénériens, une vaste ulcération du col.

Du 28 février au 4 mars : 4 *galvano-caustiques chimiques positives* sur l'ulcération, 50 m.A., 30", après lesquelles on constate la disparition complète de la lésion.

En avril, à la suite probablement de nouveaux excès de coït, elle éprouve une légère rechute de périmétrite pour laquelle on lui fait une 4°, une 5° et une 6° *galvano-caustique intra-utérine négative*, 50 à 80 m.A., 5'.

Le 5 mai, elle se trouve très bien et on décide de suspendre toute médication utérine. On lui fait cependant, en juin, 2 *nouvelles galvano-caustiques chimiques* du col 100 m.A., 30", l'ulcération s'étant légèrement reproduite.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Cette malade est venue depuis à différentes reprises, en particulier en juillet 1886, juin 1888 et février 1892. Durant la période de sept années qui a suivi le traitement, elle est restée bien portante, n'a pas été obligée une seule fois de s'aliter pour malaise abdominal et a continué son travail sans interruption et sans difficulté.

La marche est aisée, elle se plaint seulement d'éprouver une douleur dans la jambe droite lorsqu'elle fait une marche trop longue.

Le facies est excellent et le poids, qui était au début du traitement de 50 kilogr., est de 53 kilogr. en 1886, de 70 kilogr. en 1888 et de 82 kilogr. en 1892.

L'appétit est bon, les digestions sont parfois pénibles et la constipation, qui a toujours été opiniâtre, reste la même qu'autrefois.

Le sommeil est excellent.

Le nervosisme a considérablement diminué, elle est encore impressionnable, irritable, etc., mais depuis les traitements subis à la clinique elle n'a pas présenté une seule crise.

Depuis la fin du traitement les rapports sexuels n'ont jamais été douloureux.

Aucune douleur du ventre, ni des reins entre les règles.

Les règles ont présenté des caractères variables :

En 1885, 1886 et 1887, règles régulières, normales, un peu moins abondantes que par le passé, durant quatre à cinq jours, non douloureuses, sauf en 1887 où le premier jour elles sont parfois accompagnées de douleurs rachidiennes et épigastriques.

En 1888, un retard presque constant de sept à huit jours, de plus diminution considérable de l'écoulement qui se réduit à quelques gouttes et dure deux heures seulement.

De 1889 à 1891, elles restent irrégulières, mais sont abondantes, durent huit jours sans aucune douleur.

En 1891 et 1892, elles sont de nouveau très régulières, ne durent que quelques heures, mais sont très abondantes et accompagnées de douleurs assez fortes du ventre.

La leucorrhée, très atténuée et même disparue durant les années qui ont suivi le traitement, est, en 1892, presque continuelle mais peu abondante.

En résumé depuis la publication de la thèse Carlet, cette malade a été soignée en 1884-1885 pour une nouvelle périmétrie et durant *les sept années suivantes* elle a eu un état général excellent et, *au point de vue abdominal, n'a présenté que des troubles menstruels légers qu'elle trouve de trop peu d'importance pour se faire soigner.*

Au point de vue anatomique : En 1886, Hystérométrie = 6 centimètres. Le col est encore gros, mais de consistance normale et sans ulcération. Le corps reste hypertrophié surtout sur sa face antérieure. Utérus mobile. Aucune sensibilité utérine ou péri-utérine au toucher.

En 1888, Hystérométrie = 7 centimètres. Le col est presque normal. L'utérus est mobile. On remarque seulement un reliquat très profond et très léger de l'ancienne cellulite droite.

En 1892, la douleur ovarienne, qui avait totalement disparu depuis le traitement, a reparu légèrement. Les annexes gauches sont prolabées dans le Douglas. Sauf ces deux points, même situation qu'en 1888.

RÉFLEXIONS. — Cette malade, très souffrante à son entrée, s'était trouvée si soulagée au bout de deux séances qu'elle avait interrompu le traitement; mais il est absolument exceptionnel qu'une thérapeutique aussi brève donne des résultats durables et le plus souvent, comme ici, une rechute ne tarde pas à se produire.

D'autre part, nous pensons que la méthode peut être mise hors de cause dans la production de la crise de périmétrie, parce qu'on avait déjà fait 11 applications intra-utérines, dont 3 négatives, et qu'il est difficile d'admettre que la douzième ait amené un accident que les précédentes pratiquées exactement dans les mêmes conditions n'avaient pas produit. Il est donc probable que cette crise, comme celle qui s'est produite depuis sans cause bien déterminée, a été sans rapport avec la médication électrique.

Nous considérons le diagnostic de fibrome comme démontré parce qu'en 1886, bien que la malade fût symptomatiquement guérie, et qu'il n'y ait plus aucune apparence de phlegmasie utérine ou péri-utérine, il y avait encore une hypertrophie de l'utérus, hypertrophie plus marquée en un point localisé.

OBS. XXVII. — (Thèse Carlet, page 108.)

Mme Klug... (n° 515), trente ans, couturière, entrée le *19 février 1884*.

Multipare. Malade depuis sa dernière couche : douleurs du ventre surtout à gauche, règles très abondantes, leucorrhée, marche difficile, a dû interrompre son travail pour des douleurs de reins continuelles. Lassitude extrême. Le coït est devenu douloureux.

Soignée durant sept mois par le Dr Hippolyte à Nancy (cautérisations au nitrate d'argent) sans résultat.

Soignée par le Dr Vœlker, une cautérisation au fer rouge, suivie d'injections astringentes, l'a notablement améliorée : les métrorragies ont cessé ; les règles cependant restent très abondantes et la leucorrhée est devenue de plus en plus rebelle.

Examen. — Métrite chronique avec fibrome interstitiel du corps. Hystérométrie = $7\frac{1}{4}$, culs-de-sac normaux, absence complète de périmétrite.

Traitement. — Du *23 février* au *3 mai 1884*, 8 *galvano-caustiques positives* 100 m.A. 5'.

Elle se déclare très améliorée (disparition des douleurs du ventre et des reins, marche plus facile, diminution marquée de la leucorrhée, pas de modification des règles), quand après la dernière séance elle a une poussée de périmétrite manifestement imputable à son imprudence : elle quitte la clinique ne s'étant reposée qu'un instant à la suite du traitement, marche très vite et se fatigue outre mesure pour éviter le mauvais temps.

Est obligée de s'aliter six jours ; au bout de ce temps revient à la clinique ; des séances de faradisations utérines bipolaires lui procurent d'abord une sédation immédiate et considérable des phénomènes douloureux, puis une restauration progressive avec diminution de l'empâtement péri-utérin.

Le *24 juin*, quoiqu'elle souffre encore et que les culs-de-sac ne soient pas encore dégagés, on reprend les galvano-caustiques intra-utérines à doses un peu plus faible que dans la première série : du *24 juin* au *12 juillet 1884* (thèse Carlet), 3 *galvano-caustiques intra-utérines positives* 60 et 70 m.A. 5' ; il n'y a plus trace de périmétrite, et la malade affirme que malgré la rechute accidentelle, elle se trouve très bien et beaucoup plus améliorée par le traitement électrique que par les traitements précédemment suivis.

A la fin de juillet, reprise légère des douleurs, traitée par quelques séances de faradisations.

Du *21 octobre 1884* au *3 février 1885*, 8 *galvano-caustiques positives*, 80 à 100 m.A. 5'.

La leucorrhée quoique très diminuée est le seul phénomène pathologique qui persiste, et la santé peut être considérée comme parfaite.

SUITES ÉLOIGNÉES. — En *octobre 1886* vient consulter pour une affection cutanée. Les règles, qui avant le mariage duraient huit jours et avaient depuis augmenté encore d'abondance, durent seulement quatre jours depuis le traitement électrique ; elles sont régulières, peu abondantes et sans aucune douleur.

Jamais de métrorrhagie. Leucorrhée insignifiante. Marche et travail faciles, a engraisé de 14 livres.

Examen. — Utérus hypertrophié, non douloureux. Hystérométrie impossible avec une sonde de calibre ordinaire; donne avec un petit hystéromètre 7 centimètres.

En *janvier 1890*, continue à être très bien, a encore engraisé. Aucun phénomène pathologique du côté de l'utérus.

En *avril 1899*, nous déclare que depuis sa dernière visite s'est toujours bien portée, sauf des douleurs rares et très supportables dans le ventre. Elle n'a jamais eu besoin de consulter un médecin, et a toujours marché et travaillé facilement.

Depuis quelques années les règles sont un peu abondantes et assez douloureuses durant les premières heures, elles durent quatre jours.

Pas de leucorrhée.

D'*avril 1898 à janvier 1899*, aménorrhée (a actuellement quarante-cinq ans) avec bouffées de chaleurs et étourdissements; règles en *janvier* et en *avril 1899*.

En *juillet 1899*, vient nous consulter parce qu'elle a été prise depuis huit jours de douleurs violentes des deux côtés du bas-ventre (c'est la première fois de sa vie qu'elle a une crise semblable), avec douleurs de reins, état nauséux, inappétence, constipation, et survenue sans aucune cause appréciable.

Examen. — La malade a considérablement engraisé, col normal. Hypertrophie utérine sans fibrome appréciable. Péricérite postérieure et bilatérale qui fixe un peu l'utérus et sans aucune apparence d'acuité actuelle.

Traitement. — Du *26 juillet* au *8 septembre*, 22 séances de statiques avec révulsion sur l'abdomen, l'épigastre et le rachis, soulagent considérablement la malade.

En résumé, 19 galvano-caustiques ont produit, malgré une péricérite causée par l'imprudence de la malade, une guérison symptomatique complète qui s'est maintenue durant les quinze années suivantes. Actuellement vient d'éprouver quelques malaises généraux avec troubles congestifs abdominaux, sous l'influence probable de l'établissement de la ménopause, et sans d'ailleurs que ces phénomènes aient présenté rien de sérieux.

RÉFLEXIONS. — Cette observation démontre que la galvano-caustique, comme toute hystérométrie, demande une certaine prudence, et que, si la négligence de cette précaution est assez souvent sans effet nuisible, il faut surveiller les malades et exiger d'elles un repos suffisant, après chaque séance, si l'on veut être à l'abri des accidents.

Elle prouve ensuite que l'hystérométrie et la galvano-caustique, faites dans des conditions désirables, ne sont pas dangereuses puisqu'on a pu faire à cette malade, dans la période subaiguë de sa

poussée inflammatoire, des faradisations intra-utérines et des galvano-caustiques, non seulement sans inconvénient, mais avec grand bénéfice.

En tous cas elle est un exemple probant de l'efficacité de la méthode d'Apostoli chez les femmes jeunes, et de la durée des résultats obtenus grâce à elle.

OBS. XXVIII. — (Thèse Carlet, page 236.)

Mme Roy... (n° 600), quarante-deux ans, couturière, entre à la clinique le 20 mai 1884.

DIAGNOSTIC, fibrome interstitiel du fond de l'utérus, hystérométrie = 8.

Du 22 mai au 19 juin 1884, 3 galvano-caustiques positives 100 m.A. 5'.

Diminution marquée de la douleur lombaire qui existait depuis quelques années. Les règles deviennent plus abondantes.

Revue en novembre 1884, a perdu une partie des améliorations acquises, la marche redevient difficile; on lui fait 1 faradisation utérine et 3 nouvelles séances de galvano-caustiques positives à 100 m.A. qui l'améliorent de nouveau un peu.

SUITES ÉLOIGNÉES. — En 1886, a eu 5 hémorragies intermenstruelles; en avril 1889, aménorrhée qui dure jusqu'en juin, à partir de ce moment hémorragies peu abondantes mais durant trois jours, chaque fois qu'elle se fatigue; apparition d'une leucorrhée très abondante.

Vue pour la dernière fois chez elle par le Dr Schmitt en août 1889. Les douleurs de reins pour lesquelles elle était venue à la clinique sont restées atténuées jusqu'en juin 1889; depuis cette époque douleurs du ventre et des reins.

(N. B. — Des recherches faites en 1893 n'ont pas permis de retrouver trace de cette malade; est-elle décédée et dans ce cas commençait-elle en 1889 une dégénérescence maligne?)

En résumé : a subi un traitement tout à fait incomplet (6 galvano-caustiques en 7 mois, et en a retiré pour les douleurs, qui étaient le symptôme dominant, un bénéfice qui a duré pendant cinq ans.

OBS. XXIX. — (Thèse Carlet, page 148.)

Mme Dem... (n° 432), trente-trois ans, journalière, entrée le 13 septembre 1883.

Mère morte de tuberculose, ainsi que tous les membres de la famille de ce côté. Un frère mort tuberculeux. Deux sœurs bien portantes.

A toujours été délicate, réglée à quinze ans. Menstruation peu abondante, régulière, durant un jour ou deux, jamais de leucorrhée.

Mariée à vingt-trois ans : deux grossesses à terme et une fausse couche. Depuis la fausse couche, à trente et un ans, commence à avoir des douleurs lombo-abdominales et à marcher péniblement.

État à l'entrée. — Leucorrhée, règles peu abondantes, travail interrompu depuis deux mois pour douleurs continuelles dans les reins et le côté droit du ventre qui l'empêchent de marcher.

Examen. — Bride fibreuse dans le Douglas. Utérus légèrement hypertrophié surtout en arrière. Latéroverson gauche. Hystérométrie = 7 centimètres $3/4$.

Traitement. — 3 faradisations utérines bipolaires à gros fil provoquent chaque fois un léger écoulement sanguin, mais ne procurent pas grand soulagement.

Du 4 octobre 1883 au 28 février 1884 : 11 *galvano-caustiques négatives* 70 m.A., 3', qui amènent un changement immédiat. Dès la troisième, disparition des douleurs. Le traitement est bien supporté, mais provoque un écoulement séro-purulent de peu d'importance. L'abondance des règles n'est guère augmentée.

En février 1884, interrompt le traitement se trouvant guérie.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue au moment de la publication de la thèse Carlet (juillet 1884). L'état général est bon, la marche facile. La leucorrhée a presque disparu. A peine quelques douleurs abdominales intermittentes de très courte durée. Les règles sont devenues *plus abondantes* qu'elles ne l'ont jamais été. L'hystérométrie = 7 $1/4$ au lieu de 7 $3/4$.

Revue en juillet 1887 :

État général excellent, visage coloré, a repris des forces, a engraisé, 106 livres (au lieu de 92 en septembre 1883).

Elle n'éprouve jamais de douleurs du ventre, des cuisses ni des reins. Tout au plus, quand elle s'est fatiguée, un peu de courbature lombaire.

Marche très facile. Digestions et appétit normaux.

Reste longtemps debout sans être incommodée.

Sommeil excellent.

Les règles durent deux jours, se produisent toujours avec retard, sont peu abondantes et non douloureuses.

Leucorrhée à peu près nulle et très rare.

Pas de troubles de la miction ni de la défécation.

Coût non douloureux.

Travaille debout toute la journée sans difficulté.

Examen. — Ce n'est qu'avec un hystéromètre de petit calibre et avec grande difficulté qu'on peut franchir l'orifice interne : hystérométrie = 6 cent. $3/4$.

Utérus mobile. Il reste encore un peu d'hypertrophie de la paroi antérieure qui simule une antéflexion.

Revue en mars 1891. — L'état est resté aussi satisfaisant qu'en 1887, la malade a encore engraisé (pèse actuellement 116 livres).

En résumé, sept ans après la cessation du traitement, restait complètement guérie des symptômes qui l'avaient amenée à la clinique, lorsqu'en janvier ou février 1891, elle s'est mise à présenter une hydorrhée sanguinolente continue et des douleurs de reins.

A l'examen on constate la présence d'un épithélioma occupant le fond du vagin.

Le 23 avril 1891, le Dr Segond pratique à la clinique Baudelocque une hystérectomie vaginale; les suites opératoires sont des plus satisfaisantes;

mais il se produit une récurrence presque immédiate, la malade revient à la clinique du docteur Apostoli au mois d'août 1891 et l'on constate que tout le fond de l'infundibulum vaginal est envahi par le néoplasme. Il y a donc récurrence complète et inopérable.

Obs. XXX. — (Thèse Carlet, page 156.)

Mme Land... (n° 387), vingt-neuf ans, domestique, entrée à la clinique le 1^{er} juillet 1883.

Malade depuis cinq ans, à la suite de son premier accouchement dont les suites ont été pénibles. Depuis présente des douleurs abdominales constantes surtout à gauche, de la dysménorrhée; des règles abondantes, n'a pas de leucorrhée.

Diagnostic. — Fibrome de la paroi antérieure du corps utérin. Hystérométrie = 8 1/4.

Traitement. — Le 21 et le 23 juillet, 2 galvano-caustiques négatives, 60 m.A., 5'.

À la fin de juillet, souffre moins que d'habitude, présente un écoulement séro-purulent, les règles sont plus abondantes et moins douloureuses.

Le 2 et le 7 août 1883, 2 nouvelles galvano-caustiques négatives, 60 m.A., 5'.

La leucorrhée augmente, l'amélioration continue et la malade part pour la campagne.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue en juillet 1884. La leucorrhée, qui avait apparu durant le traitement, a disparu depuis; les règles qui avaient augmenté sous la même influence sont devenues après la cessation moins abondantes qu'autrefois et ne sont accompagnées que de peu de douleurs.

Aucune douleur intermenstruelle.

Avant le traitement elle ne pouvait plus travailler et depuis elle reste debout toute la journée (est bonne dans un restaurant): « elle n'a plus besoin dit-elle, d'être soignée ».

Revue en juillet 1887. Même état satisfaisant; à seulement un peu de dysménorrhée; à bonne mine, a engraisé, etc.

Les règles sont très peu abondantes.

L'utérus est toujours hypertrophié et mesure de nouveau 8 1/4.

En août 1889. Continue à aller très bien au point de vue abdominal malgré une forte bronchite qui dure depuis longtemps. Les quintes de toux ne provoquent aucune douleur abdominale.

Les règles sont un peu plus abondantes quoique toujours bien moins qu'avant le traitement.

Vue pour la dernière fois chez elle par Mlle Jacubowska en juin 1890. Pas de douleur, pas de perte, pas de leucorrhée. Les pertes peu abondantes sont irrégulières (toujours en retard).

En mars 1893. Nous apprenons que Mme L. n'a pas présenté de malaise appréciable pour son entourage jusqu'en 1892, époque à laquelle elle a quitté son mari et depuis laquelle on a perdu sa trace.

En résumé : Guérison symptomatique presque complète sous l'influence de 4 galvano-caustiques et maintenue neuf ans après, bien que l'utérus,

après un retrait consécutif au traitement, ait de nouveau recommencé à s'accroître.

RÉFLEXIONS. — Chez cette malade l'amélioration ne peut être expliquée ni par une action hémostatique ni par une action décongestionnante, puisque le traitement avait, au moins d'une façon immédiate, augmenté les règles et avait fait apparaître de la leucorrhée. Nous trouvons d'ailleurs ici un exemple de l'influence hémostatique *médiate* du pôle négatif.

Obs. XXXI. — (Thèse Carlet, page 146.)

Mme Scrib... Pauline (n° 372), trente-neuf ans, concierge, entrée à la clinique le 16 juin 1883.

Régée à quatorze ans, mariée à dix-huit ans, 4 enfants, le dernier à trente-cinq ans. Depuis la dernière couche, grande lassitude, douleurs du ventre, marche pénible, leucorrhée, règles plus abondantes, manque d'appétit, constipation, insomnie, coit douloureux.

Examen. — Col gros, ulcéré. Hyperplasie fibreuse de la paroi postérieure du corps utérin. Hystérométrie = 8 1/2.

Traitement. — Du 16 juin au 21 juillet, 8 cautérisations galvano-chimiques du col;

Du 21 juillet au 30 octobre, 12 faradisations intra-utérines bipolaires, gros fil;

Du 6 novembre 1883 au 12 juin 1884 : 13 *galvano-caustiques négatives*, 80 à 100 m.A.

La malade affirme que c'est ce dernier traitement qui lui a fait le plus de bien : 1° les cautérisations (qui ont guéri l'ulcération) ont diminué la leucorrhée et amélioré la marche; 2° les faradisations ont atténué les douleurs; 3° les galvano-caustiques ont fait disparaître la leucorrhée et la douleur. Sous leur influence les règles ont augmenté et se sont régularisées. Les relations sexuelles sont devenues beaucoup plus faciles.

Le 12 juin 1884 cesse de venir se trouvant guérie.

Les règles, dès la cessation du traitement, diminuent d'abondance et de durée, et deviennent moins abondantes qu'avant le traitement (deux jours au lieu de six).

Localement, on constate le 5 juillet que l'hystérométrie = 7 centimètres au lieu de 8 1/2, que le col est encore gros et mou, mais ne présente plus l'ulcération observée au début. L'utérus est mobile, sans sensibilité. Il est diminué de volume, mais ses parois sont encore manifestement hyperplasiées.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Cette malade a été vue assez souvent jusqu'en mars 1894. Durant tout ce temps la guérison locale et générale s'est intégralement maintenue.

Elle est forte, engraisse, travaille facilement, le visage est coloré. La marche est très facile, la malade peut faire de longues courses sans douleur.

N'a jamais aucune douleur du ventre.

Les règles restent peu abondantes, non douloureuses, durent d'abord deux jours et viennent avec quelques jours d'avance seulement; puis vers 1888 elles durent quatre jours et se produisent avec huit et parfois quinze jours d'avance. Elles diminuent de nouveau spontanément et sans jamais avoir occasionné de troubles sérieux. La ménopause s'établit à quarante-sept ans en 1891.

N. B. — En 1888, a présenté durant quelque temps une névralgie ombilicale qui a cédé immédiatement et définitivement à une séance de *faradisation utérine bipolaire fil fin*, et ne s'est jamais reproduite depuis.

Au point de vue anatomique, en *juillet 1888*, l'utérus est mobile, on ne trouve plus trace de l'ancienne hyperplasie, le col est gros et légèrement ulcéré. Prolapsus des deux ovaires, petit noyau de paramétrite dans le Douglas.

En *juillet 1893* (deux ans après la ménopause), utérus petit, mobile, non douloureux, pas trace de fibrome. Prolapsus des annexes gauches non enflammés et non douloureux.

En résumé : femme souffrant beaucoup et très impotente, qui a été guérie symptomatiquement et très améliorée anatomiquement par 13 *galvano-caustiques négatives*. Elle est restée en bonne santé durant sept ans jusqu'à l'établissement de la ménopause, et *depuis toute trace (constatable cliniquement) de son ancien fibrome a disparu*.

RÉFLEXIONS. — Il y a lieu de retenir dans cette observation trois points principaux :

1° La galvano-caustique, au dire même de la malade, s'est montrée supérieure aux autres modes électriques qui cependant avaient produit de l'amélioration.

2° Le mieux a été acquis bien que le traitement (consistant uniquement en négatives) ait augmenté l'abondance des règles, ce qui démontre une fois de plus que la méthode n'agit pas simplement en tant qu'hémostatique.

3° Lorsque l'action immédiate congestionnante de chaque séance négative a été dissipée, sous l'influence des modifications trophiques survenues dans la tumeur, les règles sont devenues beaucoup plus courtes et le traitement a produit son plein effet.

Obs. XXXII. — (Thèse Carlet, page 136.)

Mme Gev... (n° 582), 25 ans, journalière, entrée le 3 mai 1884.

Nullipare. Réglée à treize ans et demi facilement, régulièrement, sans douleur, avec peu d'abondance, durée trois jours. Mariée il y a un an, depuis lors les règles sont irrégulières, abondantes et douloureuses. Jamais de métrorragies. Douleurs dans le ventre, marche et station debout difficiles. Un peu de leucorrhée.

Diagnostic. — Petit fibrome de la paroi postérieure du corps. Hystérométrie = 7 cent. $1\frac{1}{2}$.

Traitement. — 1 *galvano-caustique positive* 100 m.A, 5', le 15 mai 1884. Opération bien supportée, néanmoins la malade souffre un peu les deux jours suivants. La marche est plus facile.

5 *galvano-caustiques positives* 100 m.A, 5', du 27 mai au 19 juillet. La malade a eu ses règles plus abondantes que de coutume. Elle affirme que les séances sont bien supportées et qu'elles occasionnent un peu de douleur le lendemain et le surlendemain.

Les douleurs abdominales ont diminué, la marche est plus facile, la leucorrhée plus abondante ainsi que les menstrues, mais celles-ci sont *plus régulières et sans douleur*.

L'hystérométrie est tombée à 7 centimètres. (Thèse Carlet, page 136.)

Le traitement est continué :

3 *nouvelles séances de galvano-caustiques intra-utérines positives* (100. m.A, 5') jusqu'au 6 septembre 1884. A ce moment la malade va très bien ; tous les symptômes ont à peu près totalement disparu.

En *octobre* elle souffre un peu du ventre et les règles sont de nouveau douloureuses.

On constate alors une atrésie considérable de l'orifice externe : il est impossible, malgré de nombreuses tentatives répétées à plusieurs reprises durant un mois, de faire pénétrer un instrument, si fin soit-il, dans la cavité utérine.

Dans ces conditions, le Dr Apostoli décide de refaire artificiellement cet orifice :

Le 11 novembre, *galvano-puncture négative* pratiquée au moyen d'un trocart au niveau de la légère dépression qui est le vestige de l'ancien orifice, dans la direction présumée du canal utérin, 1 centimètre de profondeur, 100 m.A, 10' (*hystérométrie par effraction d'Apostoli*). Immédiatement après le canal est parfaitement perméable et mesure 7 cent. $1\frac{1}{2}$ de profondeur.

Les règles se produisent quelques jours plus tard, très douloureuses, ce qu'il faut sans doute attribuer au traumatisme opératoire.

En *décembre*, l'hystérométrie est toujours facile, les règles ne sont nullement douloureuses. Il en est de même en janvier 1885.

En *février* la dysménorrhée reparait, on fait quelques séances de cathétérisme simple ; en *mars* 1 *galvano-caustique négative* 60 m.A, 5' : elle a ses règles absolument sans douleur.

On pratique le 19 mars et le 16 juillet une 2^e et 3^e *galvano-caustique négative* 10', 80 et 100 m.A. : il n'y a plus aucune douleur menstruelle.

Cet état se prolonge jusqu'en novembre 1885 ; à partir de ce moment, quoique la malade continue à se porter parfaitement bien, elle recommence à souffrir, mais moins qu'auparavant durant les règles.

En *mai* 1886 elle présente quelques troubles dyspeptiques qui sont considérablement amendés par une galvanisation des pneumo-gastriques. Vers cette époque a trois fois des règles non douloureuses ; puis la dysménorrhée reparait très atténuée.

D'octobre 1886 à mai 1889, ce symptôme est à peu près nul et il n'y a aucun autre phénomène pathologique.

En février 1890, elle revient à la clinique parce qu'elle souffre du ventre depuis douze jours et que, depuis plusieurs mois, elle a des règles toutes les trois semaines avec les caractères suivants : le premier et le deuxième jour écoulement sanguin, pas de douleur, le troisième, pas d'écoulement pas de douleur, le quatrième jour douleurs violentes, le cinquième jour réapparition du sang et cessation des douleurs; durée totale, cinq jours.

On fait à ce moment une 4^e *galvano-caustique négative* : au début de la séance on ne peut franchir l'orifice externe; durant la séance on pénètre jusqu'à l'orifice interne qui ne peut être dépassé (50 m.A., 8').

A la suite de cette unique séance, la douleur du ventre disparaît totalement et la dysménorrhée cesse complètement; la malade présente un état de santé excellent qui se maintient intégralement durant vingt-deux mois.

A partir de janvier 1892, elle présente des douleurs intermenstruelles qui gênent le sommeil et le travail, les règles se produisent avec plusieurs jours d'avance et sont de nouveau douloureuses suivant le type signalé en 1890.

Examen (très difficile parce qu'il provoque des crises de suffocation hystérique). — Le col est atrophié, utérus en rétroversion, prolapsus des annexes droites. Des restes de paramérite empêchent la délimitation exacte de la paroi postérieure.

En même temps présente des troubles stomacaux assez marqués qui diminuent considérablement sous l'influence de 3 galvanisations des pneumo-gastriques pratiquées au début de mars 1892.

Le 3 mars. — 5^e *galvano-caustique intra-utérine*, 25 m.A., 3' (l'hystéromètre ne pénètre qu'à 2 centimètres de profondeur).

Le mois suivant, les règles ne sont pas douloureuses. A partir de cette époque, la malade cesse définitivement le traitement. Elle vient pour la dernière fois à la clinique en décembre 1893. Depuis vingt et un mois, elle se porte très bien, l'état général est excellent, n'a pas de douleur intermenstruelle, pas de leucorrhée, elle se plaint seulement :

1^o De quelques rares douleurs stomacales;

2^o D'une dysménorrhée qui est à peu près aussi intense qu'autrefois, mais qui ne se produit qu'irrégulièrement. Comme elle a fréquemment des périodes menstruelles indolores, elle juge inutile de se soigner.

En résumé : très améliorée au début par 8 *galvano-caustiques positives*, a conservé les améliorations acquises jusqu'à sa dernière visite onze ans plus tard, mais a présenté dans l'intervalle des accidents de dysménorrhée, en partie imputables à l'atrésie utérine et que des applications négatives faites d'une façon très irrégulière n'ont pu corriger définitivement.

RÉFLEXIONS. — De toutes les observations que nous donnons intégralement, celle-ci est la seule, croyons-nous, où le diagnostic de fibrome puisse être mis en doute. Nous la publions néanmoins à cause des phénomènes d'atrésie utérine, phénomènes qui sem-

blent liés à une disposition particulière du sujet (en raison du petit nombre des applications positives et du peu d'efficacité des séances négatives comme de l'hystérométrie par effraction).

CONCLUSIONS

Généralités. — I. De tous les procédés conservateurs, préconisés contre le fibrome utérin, la méthode d'Apostoli est de beaucoup la plus efficace.

II. Appliquée avec l'aseptie et les précautions qu'exige toute intervention intra-utérine, elle est exempte de dangers, si on suit à la lettre les règles tracées par son auteur.

III. Elle est toujours applicable sans anesthésie, car elle ne provoque qu'une douleur supportable; elle permet aux malades de vaquer à leurs occupations habituelles et n'exige pas un traitement de très longue durée.

IV. Elle est d'une vulgarisation facile et tout médecin, au courant des manipulations gynécologiques, peut s'en servir facilement.

Résultats. — V. Au point de vue *symptomatique* l'arrêt des hémorragies s'obtient dans 80 à 90 pour 100 des cas, la leucorrhée est souvent favorablement influencée, mais dans une proportion moindre que l'hémorragie, les douleurs menstruelles ou intermenstruelles sont supprimées ou atténuées dans 70 pour 100 des cas.

VI. La méthode se montre très efficace dans les fibromes torpides avec tendance à l'aménorrhée et troubles congestifs divers.

VII. Elle améliore très souvent l'état général et souvent les troubles vésicaux ou intestinaux.

VIII. Au point de vue *anatomique*, elle influe presque toujours grâce à l'action interpolaire sur la nutrition de la tumeur; cette influence se traduit en général au moins par l'arrêt de développement et dans un certain nombre de fibromes interstitiels par une diminution de volume plus ou moins évidente.

IX. Elle a encore pour résultats :

1° Une atténuation et une disparition des troubles vasculaires utérins et péri-utérins, d'où mobilisation de l'utérus, diminution des adhérences et cessation des phénomènes de compression;

2° Une tendance plus marquée à l'expulsion de la masse néoplasique hors du parenchyme.

Pour ces deux raisons elle facilite l'opération si celle-ci devenait ultérieurement obligatoire.

Indications et contre-indications. — X. Elle ne doit pas être employée :

- 1° Chaque fois qu'il y a à craindre une dégénérescence maligne ;
- 2° Chaque fois que l'on constate ou qu'on suppose la torsion d'un pédicule ou le sphacèle d'une portion de tissu ;
- 3° Dans les fibromes accompagnés d'affections pelviennes aiguës ou suppurées ;
- 4° En cas de kyste de l'ovaire concomitant ;
- 5° En cas de fibrome kystique.

XI. Il faudra en attendre peu de résultats dans les fibromes avec ascite ou hydropisie abondante, et on devra la manier avec prudence en présence d'un polype.

XII. Le fibrome sous-péritonéal, quoique moins efficacement influencé que l'interstitiel, peut cependant bénéficier également de son emploi.

XIII. Il n'y a pas de contre-indications tirées du jeune âge du sujet ou de la gravité de la maladie.

XIV. Sauf les contre-indications énoncées plus haut et sauf certains cas exceptionnels (où le traitement utérin serait impraticable et où la gravité des symptômes réclamerait un traitement plus énergique que les applications vaginales), elle peut être essayée dans tous les cas, la différence d'action des deux pôles lui permettant de convenir à des états symptomatiques très différents.

XV. Ce n'est qu'après échec de l'électricité soit contre les symptômes, soit contre l'évolution de la tumeur, qu'on doit obligatoirement recourir à une intervention chirurgicale, si l'état de la malade l'exige.

XVI. La méthode d'Apostoli ne se prétend en effet qu'un « auxiliaire de la chirurgie ».

Durée. — XVII. Les résultats présentent une persistance remarquable et la récurrence est l'exception lorsque le traitement a été bien appliqué et suffisamment prolongé.

Le président de thèse :

PAUL BERGER.

Vu :

Vu et permis d'imprimer,

Le Doyen,
BROUARDEL.

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE. — Exposé de la méthode.	3
CHAPITRE PREMIER. — Outillage électrique.	3
CHAPITRE II. — Manuel opératoire.	9
CHAPITRE III. — Posologie.	22
CHAPITRE IV. — Action physiologique	26
CHAPITRE V. — Différents procédés.	32
CHAPITRE VI. — Résultats	35
 DEUXIÈME PARTIE. — Place de la méthode d'Apostoli dans la thérapeu- tique du fibrome.	 38
CHAPITRE PREMIER. — Le traitement radical et les méthodes conservatrices.	38
CHAPITRE II. — Les méthodes conservatrices et la méthode Apostoli.	41
CHAPITRE III. — Discussion des objections.	48
CHAPITRE IV. — Contre-indications.	55
CHAPITRE V. — Conduite à tenir en face d'un fibrome.	58
 TROISIÈME PARTIE. — Des résultats éloignés.	 63
CONCLUSIONS.	135

COULOMMIERS

Imprimerie PAUL BRODARD.
